

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**POSTOJE LAIKŮ A ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ
K INTERRUPCI**

Bakalářská práce

Autor práce: **Martina Zítková**
Vedoucí práce: **Mgr. Regina Slowik**

2007

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**ATTITUDE OF LAYMEN AND MEDICAL WORKERS TOWARDS
ABORTION**

Bachelor's thesis

Autor: **Martina Zítková**
Supervisor: **Mgr. Regina Slowik**

2007

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Havlíčkově Brodě
(podpis)

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji paní Mgr. Regině Slowik za odborné vedení mé závěrečné bakalářské práce, za cenné rady a odborné konzultace.

OBSAH

ÚVOD.....	7
Cíle teoretické části.....	7
Cíle empirické části	7
1 TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 Základní pojmy	8
1.1.1 Potrat (abortus)	8
1.1.2 Potratová turistika	10
1.1.3 Historie interrupcí	10
1.2 Legislativa umělého ukončení těhotenství u nás i ve světě	12
1.2.1 Zákonodárství u nás a ve světě	12
1.2.2 Vývoj a současná legislativa v České republice	14
1.3 Základní strategie postojů k interrupci	16
1.3.1 Strategie „pro life“ tedy „pro život“	16
1.3.2 Strategie „pro chose“ tedy „pro volbu“	16
1.4 Postoj k právu na život.....	17
1.4.1 Interrupce a právo na život	17
1.4.2 Antikoncepce a právo na život.....	18
1.4.3 Asistovaná reprodukce a právo na život	18
1.5 Kdy začíná lidský život?	20
1.5.1 Postoj z hlediska fyziologického	20
1.5.2 Postoj z hlediska filozofického	20
1.5.3 Postoj z hlediska duchovního	20
1.6 Stručný přehled nitroděložního vývoje.....	22
1.7 Operace ukončující těhotenství.....	26
1.7.1 Vniknutí do dělohy skrze rodidla.....	26
1.7.2 Proniknutí do dělohy pomocí břišní operace	27
1.7.3 Podání chemického přípravku	27
1.8 Rizika potratu.....	28
1.8.1 Tělesná rizika potratu.....	28
1.8.2 Psychologická rizika potratu.....	29
1.9 Prevence interrupcí	31
1.10 Jiné možnosti než podstoupení interrupce	33
1.10.1 Poradny pro ženy a dívky	33
1.10.2 Utajené porody.....	33
1.10.3 Babyboxy	34
1.10.4 Adopce	34
1.10.5 Pěstounská péče	35

1.11	Návrh standardního ošetrovatelského postupu u ženy po umělém ukončení těhotenství.....	36
2	EMPIRICKÁ ČÁST	38
2.1	Cíle empirické části	38
2.2	Vzorek.....	38
2.3	Použitá metoda.....	38
2.4	Výsledky výzkumu	40
2.5	Pilotní studie u mužů	75
2.5.1	Vzorek.....	75
2.5.2	Použitá metoda.....	75
2.5.3	Výsledky pilotní studie	75
2.6	Diskuse.....	78
	ZÁVĚR	82
	ANOTACE	84
	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	85
	SEZNAM GRAFŮ	88
	SEZNAM TABULEK	90
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	92
	SEZNAM PŘÍLOH.....	93

ÚVOD

Pojem interrupce je stále velmi diskutované téma jak u politiků, lékařů, u laické veřejnosti, tak i v soukromí mezi partnery. Je těžké zaujmout určitý postoj k tomuto tématu, který se nás bezprostředně nedotýká. V dnešní uspěchané době jsem chtěla oslovené respondenty přimět k tomu, aby se na chvíli pozastavili a zamysleli se nad problematikou, se kterou se může setkat každý z nás. Ať už přímo osobně nebo v blízkém okolí.

Umělý potrat je jevem, který lze sledovat v celých dějinách lidstva. Ovšem interrupce přestoupila svou ryze medicínskou stránku a vstoupila do oblasti morální, sociální, filozofické, náboženské a v neposlední řadě do oblasti právní a kulturní.

Cílem této bakalářské práce není přinést jednoznačné odpovědi, podle kterých bychom se měli řídit, ale přinést informace, ze kterých si může každý jedinec utvořit vlastní názor na daný problém.

Cíle teoretické části

Cílem teoretické části této práce je popsat základní terminologii problematiky interrupcí, poukázat na historický a legislativní vývoj. Dále přiblížit základní konflikt odlišných pohledů na interrupci, objasnit metody a rizika interrupčních zákroků a v neposlední řadě položit důraz na prevenci a případné jiné možnosti, než je podstoupení interrupce. Teorii formulovat tak, aby byla srozumitelná jak laikům tak zdravotníkům.

Cíle empirické části

- 1) Zjistit postoj k interrupci u prodavaček, učitelek mateřských, základních škol (zastánkyně laické veřejnosti), zdravotních sester a učitelek na středních a vyšších zdravotnických školách (zastánkyně zdravotnických pracovníků). Oslovit respondentky ve fertilním věku. Stanovila jsem si věkové rozmezí 18 – 45 let.
- 2) Provést pilotní studii zjišťující postoj mužů k interrupci

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Základní pojmy

1.1.1 Potrat (abortus)

- 1) Potratem se rozumí ukončení těhotenství ženy, při němž
 - a) plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 gramů a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů,
 - b) plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 gramů, ale nepřežije 24 hodin po porodu,
 - c) z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu anebo těhotenská sliznice
- 2) Potratem se rozumí též ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušení těhotenství provedené podle zvláštních předpisů. Dle Zákona České národní rady č. 66/1986Sb., o umělém přerušení těhotenství. (Černý, Schelleová, 2003)

Rozlišujeme potrat samovolný (abortus spontaneus), kdy se jedná o spontánní vypuzení plodu z dělohy a potrat umělý (abortus artificialis) je násilné přerušení těhotenství (interruptio graviditatis). (Jirásek, Kobilková, Martan, Mataša, Žitný, 2005)

1.1.1.1 Samovolný potrat

Projevuje se obvykle krvácením, později otevřením děložního hrdla a odtokem plodové vody. Vymizí rovněž ostatní známky těhotenství. Kolem 7 – 10% všech těhotenství končí přirozeným potratem, který je v prvních měsících častější než v pozdějších a u vícerodiček se vyskytuje častěji než prvorodiček. Někdy se potrat zachytí v samém počátku jako takzvaný hrozící potrat (abortus imminens). Velmi časně potraty nemusejí být ani zachyceny a mohou se projevovat jen jako opožděné silnější menstruační krvácení. Někdy se mohou opakovat (habituální potrat).

Příčin může být mnoho. Může se jednat o defekt zárodku či plodu neschopného života nebo je příčina u matky (celkové choroby a infekce – například (dále jen např.) toxoplasmóza, varicela, AIDS, zarděnky, infekce cytomegalovirem, hormonální poruchy a jiné). Častým důvodem potratu je předcházející ukončení těhotenství. (Černý, Schelleová, 2003)

1.1.1.2 Umělý potrat = interrupce

Z latinského interrumpere (přerušeni). Z tohoto latinského názvu byl odvozen a dlouhou dobu používán termín umělé přerušeni těhotenství. Slovo přerušeni však naznačuje dočasný stav, který je možné vrátit k původnímu. Došlo tedy v 90. letech 20. století ke změně a výraz přerušeni byl nahrazen věcně správným pojmem ukončení. (Haškovcová, 2002) Interrupcí tedy rozumíme umělé ukončení těhotenství před dosažením schopnosti plodu žít mimo dělohu. (Cichá, Goldmann, 2004)

Rozdělení interrupcí - rozlišujeme tzv. miniinterrupci, jiné legální ukončení těhotenství, ostatní potraty a mimoděložní potrat.

Miniinterrupce – provádí se vakuovou aspirací. Tuto metodu lze provést v ranném stadiu těhotenství, do 7. týdne u prvorodiček a do 8. týdne u druhorodiček a je pro ženu šetrnější.

Legální ukončení těhotenství – jinou metodou než je miniinterrupce do 12. týdne, u zdravotních důvodů do 24. týdne gravidity.

Ostatní potraty – mezi ostatní potraty řadíme ukončení těhotenství, které si žena přivodila sama nebo potrat provedený nedovoleně jinou osobou – jedná se převážně o tzv. kriminální potraty. Kriminální potraty se nepodařilo zcela vymýtit, i když jejich počet u nás poklesl snad jen na několik set případů ročně. Každý rok umírá několik žen na vzduchovou embolii, těžkou intoxikaci ze vstříknutí mýdlových nebo saponátových roztoků do dělohy a na další komplikace. (Černý, Schelleová, 2003)

Odhaduje se, že každý rok se ve světě provede 20 milionů nelegálních potratů (tedy asi 1 nelegální potrat na 7 živě narozených dětí) a v důsledku toho zemře asi 78 tisíc žen. Toto číslo představuje 13% z celkového počtu 600 000 mateřských úmrtí za rok. V celosvětovém průměru připadají 4 případy úmrtí na 1000 nelegálně provedených potratů. Riziko úmrtí po nelegálně provedeném potratu je přitom 700krát vyšší než po potratu provedeném legálně. (Karhan, Kovář, 2004)

Mimoděložní potrat – je umělé ukončení mimoděložního těhotenství, kdy se embryo či plod vyvíjí mimo dělohu.

Umělé přerušeni těhotenství ze zdravotních důvodů – rozlišujeme kritéria pro tři časové skupiny. Pro období 12. týdne těhotenství zákon vymezuje podrobný seznam onemocnění, která umělé ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů umožňují. Pro období 24. týdne platí možnost ukončení z genetických a vývojových poškození plodu. V průběhu celého těhotenství je pak UUT indikováno při závažném poškození zdraví ženy či ohrožení jejího života, či z důvodu později zjištěných, s životem neslučitelných malformací plodu

(anencefalus). (Černý, Schelleová, 2003) Většina států toleruje i další zdravotní důvody, které však mohou být z etického hlediska různě posuzovány. Například tehdy, kdy je výskyt vady sporný. Rozhodnutí ženy pak může ovlivnit i lékař, který informaci sděluje, může vědomě i bezděčně naznačit svá hodnotící kritéria. (Haškovcová, 2002)

1.1.2 Potratová turistika

Vycestování těhotné ženy do jiného státu, kde je interrupce zákony povolena, za účelem provedení interrupce.

Je nutné si uvědomit, že sebestřísnější zákony neznemožní ženě přístup k potratu. Doplatí na to pochopitelně ekonomicky nejhůře situovaná část společnosti, která vyhledává pomoc u nekvalifikovaných osob a ohrožuje tak své zdraví a často i život. Majetnější vrstvy si mohou dovolit kvalifikovanou pomoc z rukou lékaře, který se rozhodne porušit zákon. Čímž jsou postihy přísnější, tím je takový zákrok pochopitelně nákladnější. Ženy pak často „exportují“ svůj potratový problém do zahraničí a pružně tím vyrovnávají změny v zákonech různých zemí. Přes všechny restrikce a překážky v různých zemích je nutno konstatovat, že situace v Evropě je celkově mnohem lepší než v mnoha rozvojových státech světa. (Uzel, 1992)

1.1.3 Historie interrupcí

Po dlouhá staletí byl interrupční výkon mimořádně riskantní a velmi významně ohrožoval zdraví a někdy i život ženy. Proto už v Hippokratově přísaze nacházíme ustanovení, které lékaři zakazuje takové aktivity. Doslova se tam praví: „Nedám žádné ženě vložku do pochvy s tím úmyslem, abych zabránil oplodnění nebo přerušil vývoj plodu.“ Autoři Hippokratovy přísahy, takzvaní hippokratovští lékaři, žili v otrokářském společenském řádu. Lidský život měl jinou hodnotu než dnes, respektive otroci a nenarozené děti nepožívali téměř žádných práv a o jejich speciální ochraně nemohlo být řeči. (Haškovcová, 2002)

Citovaný Hippokrates a jeho přísaha ve svých spisech varuje před podáním a přijímáním prostředků, které mohou způsobit potrat. Ve svém spise „Corpus hippocraticum“ ale ženě doporučuje různá násilná cvičení, aby se zbavila nechtěného přívazku a ukončila tak nechtěné těhotenství. (Czopiková, 2006)

Ženy, které se ocitly v situaci nechtěného těhotenství, měly v minulosti pouze dvě možnosti: buď se obrátit na tzv. andělíčkářku, nebo své děti donosily, porodily, ale následně

odložily. Vhodnější variantou pak byly nejružnější formy adopce, kdy nechtěné dítě vychovala rodina sestry či bratra jednoho z rodičů, nebo matka sama umístila takového potomka do „náhradní“ rodiny. Pokud měla volbu, pak dávala přednost bohaté nebo alespoň relativně bohaté rodině v přesvědčení, že se tam dítěti dostane mnohem lepší péče, než jakou by mu mohla dopřát sama. Stávalo se také, že otec nechtěného dítěte, který byl slušně situovaný a ženatý, umožnil matce svého nemanželského dítěte vyřešit situaci tím, že ji provdal za svého poddaného nebo se o dítě postaral.

Anděličkářství nebo-li pokoutní potratářství bychom mohli charakterizovat jako jistý druh kriminálních potratů. Lékaři potrat neprováděli, a tak se jich ujímaly především porodní báby. Anděličkářství bylo ve starověku až do doby raného osvícenství přísně trestáno, dokonce i upálením a trestem smrti. Zákrok byl nejen traumatizujícím, ale také velmi bolestivým zážitkem, probíhal bez jakékoliv anestezie. (Haškovcová, 2002)

Přístup k potratům formuje od 13. století církev. Interrupce nebyla v té době zakázaná, byla tabuizovaná, ale akceptována. Postoj církve k interrupcím se vyhranil až roce 1588, když papež Sixtu svojí Bulou Effraenatum odsoudil umělé ukončení těhotenství v každé fázi. Ale i přesto církevní právo rozlišovalo zabítí oduševnělého a neoduševnělého plodu. Vyvolaný potrat oduševnělého plodu se trestal jako vražda. Potrat neoduševnělého plodu pak vyhnanstvím. Snahu církve o kontrolu nad ženami a vyjádření jejich podřadné úlohy ve společnosti nedokázalo změnit ani liberální 19. století. Až ženské hnutí a průmyslová revoluce přinesla změny. (Czopiková, 2006)

S rozvojem lékařské vědy se stal odborně provedený interrupční výkon nejen dostupný, ale také šetrný díky anestezii. A právě po 2. světové válce dochází k opakovaným a emotivním diskusím na téma, zda mají být interrupce tolerovány (v případě s jakým omezením) nebo zakázány. (Haškovcová, 2002)

1.2 Legislativa umělého ukončení těhotenství u nás i ve světě

1.2.1 Zákonodárství u nás a ve světě

Právo na rozhodnutí o reprodukci patří mezi základní lidská práva (Deklarace lidských práv) a vychází z práv na zdraví, soukromí a plánování rodiny.

Existence deklarovaného práva nezaručuje vždy jeho naplňování, důležitá je jeho praktická dostupnost. Lze rozlišit 5 kategorií zákonodárství o umělém ukončení těhotenství od nejvíce restriktivních až po nejvíce liberální přístupy.

Kategorie I.: Vysoce restriktivní legislativa

V této kategorii nacházíme jednak zákonodárství, v nichž je provedení potratu povoleno pouze k záchraně života ženy, či je zcela zakázáno. Spadá sem 75 zemí reprezentujících 26% světové populace převážně v Africe, Latinské Americe, na Středním východě a v jihozápadní Asii. V těchto zemích je potrat považován za trestný čin a trestní odpovědnost se většinou týká jak poskytovatele služby, tak i ženy. V 31 z těchto 75 zemí zákon obsahuje výjimku pro potraty prováděné v zájmu záchrany života ženy (např. Brazílie, Mexiko, Irsko). Naopak v legislativě několika zemí existuje výslovný zákaz provedení potratu za jakýchkoliv okolností (Chile, Salvador).

Kategorie II. a III.: Potrat je povolen v zájmu ochrany zdraví ženy

Kategorie II.: legislativa kategorie II. umožňuje provedení potratu na základě ochrany fyzického zdraví a lze ji označit jako relativně restriktivní. Spadá sem 10% populace ve 33 státech světa. Opět zde převažuje tendence posuzovat potraty jako trestný čin spáchaný jak ženou, tak vykonavatelem potratu (Argentina, Peru, Bolívie).

Kategorii III. Tvoří legislativy, které výslovně dovolují provedení potratu v zájmu ochrany mentálního zdraví ženy. Patří sem 20 zemí reprezentujících 2,6% světové populace. Jsou to země, které buďto teprve nedávno liberalizovaly tuto legislativu (Španělsko, Izrael, Malajsie), či tuto legislativu zdědily z dob britské koloniální správy (Jamajka). Legislativa umožňuje širokou interpretaci pojmů ochrany mentálního zdraví (poškození mentálního zdraví znásilněním, ale třeba i špatným socioekonomickým postavením). V některých těchto zemích je ale praktická dostupnost provedení potratu omezena finanční dostupností lékařské péče.

Kategorie IV. : Potrat na základě socioekonomické situace

Sem patří 21% světové populace ve 14 státech světa. Najdeme zde několik vyspělých zemí (Velká Británie, Austrálie, Japonsko, Finsko, Indie). Je podobná V. kategorii rozdíl je

v tom, kdo má konečné právo na rozhodnutí o provedení potratu. Tyto legislativy se většinou odvolávají na možný dopad socioekonomické situace ženy na její zdraví či na zdraví jejích již narozených dětí.

Kategorie V.: Nejliberálnější kategorie – žádné restrikce raných potratů (potrat bez udání důvodu, potrat na vlastní žádost)

Do této kategorie se počítá 55 států s asi 41% světové populace (USA, Rusko, Čína, Francie, ČR). Ve většině těchto států je možnost přerušit těhotenství časově omezená 12. nebo 14. týdnem těhotenství. Pouze v Rusku je možné přerušit těhotenství až do 22. týdne z „vážných sociálních důvodů“ a v USA a Holandsku je možné přerušit těhotenství až do „dosažení životaschopnosti plodu“. Většina zemí umožňuje ukončení těhotenství v jakémkoliv stádiu při ohrožení života ženy či těžkém poškození plodu. Několik z těchto zemí vyžaduje, aby žadatelka o provedení interrupce uvedla, že toto rozhodnutí udělala na základě těžké sociální či ekonomické situace (Belgie, Francie). Většina z těchto zemí zakotvila do své legislativy některé procedurální bariéry. Jde nejčastěji o povinné poučení, které se týká rizik potratu, možnosti adopce, možnosti antikoncepce, zdrojů podpory svobodných matek a tak dále.(dále jen atd.) Toto poučení je často odrazující od provedení potratu. Povinné poučení je často spojeno s povinnou čekací dobou před provedením potratu. Většinou jde o 2 až 3 dny, v Belgii je to 6 dní. Další bariérou je zákonné vymezení typů zdravotnických zařízení, kde lze potraty provádět (včetně ČR). V legislativách 19 států této kategorie je dále zakotvena povinnost dívek mladších většinou 16 let obdržet písemný souhlas rodičů či opatrovníků. V některých zemích je vdaná žadatelka o interrupci povinna předložit písemný souhlas manžela (Japonsko, Turecko). Další omezení dostupnosti potratu je zakotveno v omezené úhradě tohoto výkonu pojišťovnami. Plně hrazeny jsou většinou pouze potraty ze zdravotních důvodů, v některých zemích dále potraty u nedospělých dívek, studentek a znásilněných (Bulharsko) pouze v Holandsku a některých státech USA je interrupce plně hrazená pojišťovnami na základě sociální situace.

Legislativa jednotlivých států se samozřejmě časem mění, za posledních 50 let lze pozorovat posilování poslední V. kategorie liberálních právních systémů. Což má za následek zlepšení dostupnosti potratů, snížení frekvence nelegálních potratů a s nimi spojené morbidity a mortality a v konečném důsledku snížení frekvence samotných potratů. Holandsko se svou vůbec nejliberálnější legislativou vykazuje jednu z nejnižších potratovostí na světě. (Karhan, Kovář, 2004)

1.2.2 Vývoj a současná legislativa v České republice

V českých zemích byl potrat legalizován již v roce 1852 trestním zákonem č. 117 „O vyhnání plodu“, který potraty zakazoval, kromě případů „krajní nouze“ k „zachránění života ženy“. Žena byla trestána za pokus o potrat vězením od 6 měsíců do 1 roku. Při dokončeném provedení interrupce zavedl sazbu odnětí svobody 1 až 5 let pro ženu, vykonavatele potratu, eventuelně i otce dítěte, pokud mu byla prokázána spoluvina. Při ohrožení života ženy nebo jejího zdraví byla sazba odnětí svobody od 5 do 10 let.

V roce 1950 byla legislativa liberalizována zavedením zdravotních a genetických důvodů k provedení potratu trestním zákonem č. 86. V roce 1957 došlo k další výrazné liberalizaci díky zákonu č. 68 „O umělém přerušení těhotenství“. Zákon připustil socioekonomické důvody v interrupci, zavedl institut interrupčních komisí, indikace rozšířil na zdravotní důvody „zvláštního zřetele hodné“. (Uzel, 1992)

K další liberalizaci došlo v roce 1986 (interrupce na žádost, zákon č. 66) a v roce 1992 (interrupce jako placená služba).

Poslední úprava tohoto zákona vychází z práva ženy rozhodnout o svém mateřství. Zrušila roli interrupčních komisí a výrazně posílila rozhodovací volnost samotné ženy. Zákon rozlišuje jednak interrupci na žádost ženy (bez zdravotních důvodů) a interrupci ze zdravotních důvodů, která ovšem může být provedena pouze se souhlasem ženy.

Zákon uplatňuje zvláštní úpravu ve vztahu k nezletilým žadatelkám. Rozlišuje 2 skupiny nezletilých.

Ženám, které nedovršily 16 let, lze provést interrupci pouze s jejich souhlasem a souhlasem jejich zákonného zástupce.

Druhou skupinu tvoří ženy ve věku od 16 do 18 let. K provedení interrupce postačuje jejich souhlas. Dále musí být uvědoměny o povinnosti zdravotnického zařízení informovat rodiče či zákonného zástupce, neprodleně o provedení výkonu ústní či písemnou formou do vlastních rukou.

Po 18. roce věku může žena podstoupit interrupci na vlastní žádost 2krát ročně. Je zachována povinnost lékařského tajemství a práva na ochranu osobnosti.

Potrat cizí státní příslušnici je možné provést pouze tehdy, má-li povolení k trvalému pobytu u nás.

Interrupce na žádost musí být provedena do 12. týdne a pokud tomu nebrání zdravotní důvody a ty povoluje prováděcí vyhláška:

- a. zdravotní stav ženy, kterým se podstatně zvyšuje zdravotní riziko spojené s umělým přerušením těhotenství, zejména zánětlivá onemocnění

b. umělé přerušení těhotenství, od něhož neuplynulo 6 měsíců, s výjimkou případů, kdy žena alespoň 2krát rodila, nebo dovršila 35 let, nebo je důvodné podezření, že otěhotněla v důsledku trestné činnosti, která na ní byla spáchána

Není-li zdravotní indikace, výkon je prováděn za úhradu. Ukončení ze zdravotní indikace je hrazeno zdravotní pojišťovnou. Pokud jde o interrupci prováděnou ze zdravotních důvodů, i zde platí v zásadě 12 týdenní délka těhotenství pro možnost provedení interrupce, pouze v následujících případech je možné limit 12 týdnů překročit: je-li ohrožen život ženy, je-li prokázáno těžké poškození plodu, je-li plod neschopen života.

Podle navazujících ustanovení lze uměle přerušit těhotenství nejpozději do dosažení 24 týdne těhotenství v těch případech, kdy pro to svědčí genetické důvody. (Karhan, Kovář, 2004)

1.3 Základní strategie postojů k interrupci

1.3.1 Strategie „pro life“ tedy „pro život“

Důsledně se opírá o přesvědčení, že interrupce je vždy nemravným činem a je odsouzeníhodná. Zastánci tohoto postoje považují ukončení těhotenství za vraždu nebo minimálně za zabití. Život je dar, kterého je třeba si vážit. Nikdo z nás si život nedal, a proto nikdo nemá právo ho jinému upírat. Život je životem od počátku (tedy od oplodnění), a proto je třeba jej také od počátku chránit. Ochrana nenarozeného dítěte je pak největším argumentem proti liberálním zákonům umožňujícím provádění interrupcí z tzv. sociálních důvodů. Zpravidla se připouští možnost interrupce ze zdravotních důvodů a ve výjimečných situacích (znásilnění, incest).

Zastánci tohoto postoje jsou především křesťané. Usilují o lepší ekonomické podmínky matek, o snadnější legislativu u adopce a ekonomické ztížení interrupce. Antikoncepci jako prevenci nežádoucích těhotenství nepropagují, ale doporučují ukázněný pohlavní styk.

Umírnění zastánci připouštějí možnost interrupce za určitých podmínek, ale požadují zpřísnění, respektive omezení liberálních zákonů. Souhlasí s existencí zvláštních komisí, které jsou podle jejich názoru schopny objektivně posoudit sociální situaci ženy, a také doporučují, aby o případné interrupci v krajní nouzi nerozhodovala pouze těhotná žena, ale také otec dítěte. (Haškovcová, 2002)

1.3.1 Strategie „pro chose“ tedy „pro volbu“

Postoj se opírá o přesvědčení, že o počtu a době narození svých dětí, rozhodují výhradně rodiče, respektive ženy. Nikdo nemá právo zasahovat do volby ženy ani do jejich představy o tom, od „kterého okamžiku“ je život člověka životem lidským (Když dojde k oplodnění? Když se plod poprvé pohne? Když se plod poprvé nadechne? apodobně) Zastánci těchto postojů souhlasí s názorem, že interrupce jsou řešením v krajní nouzi, a požadují prevenci nechtěných těhotenství a odpovědné plánování rodičovství. Jsou přesvědčeni, že interrupce představují nežádoucí jev. Požadují volný přístup k interrupcím. Nemají námitky proti tomu, aby byly interrupce ekonomicky stíženy. (Haškovcová, 2002)

Vojtěch Křikava v r. 1996 na základě dotazníku zjišťoval postoj pražských gynekologů k interrupčním zákrokům. Doložil, že drtivá většina pokládá interrupci za „nutné zlo“, na které se „snaží nemyslet“ a které je součástí jejich profese.

Pokud se týká lékařů, ti pokládají za vhodnou také mravní výchovu, širokou osvětu a kvalitní poradenskou péči. (Haškovcová, 2002)

1.4 Postoj k právu na život

1.4.1 Interrupce a právo na život

Pokud bychom měli zaujmout postoj k interrupci jako morálně přípustnému aktu, a nejen pouze jako akt, který se nám může někdy hodit, pak bychom měli přijít s přesvědčivými morálními argumenty.

Mnoho lidí tvrdí že jádrem řešení problematiky potratu je právo na život. Nicméně argumentace obhajující právo na život stejně jako argumentace hájící právo volby mají podobný háček. Obě souhlasí s tím, že lidské právo na život by mělo být respektováno a že má-li někdo právo na život, pak by neměl být zabit. Liší se v tom, zda má právo na život plod. (Kushenerová, Thomasma, 2000)

Na jedné straně zastánci možnosti volby dokazují nebo tvrdí, že plody nejsou ani racionální stvoření, ani společenské bytosti, a tak právo na život nemají. Jejich argumentace vychází mimo jiné z předpokladů, že existuje vztah mezi právem a povinnostmi, to je v našem konkrétním případě: má-li plod za všech okolností právo na život, musí mít současně někdo (tj. těhotná žena) povinnost toto právo plodu na život respektovat. To se stane teprve, až se žena nebo oba rodiče rozhodnou mít dítě a převzít všechny povinnosti s tím spojené.

Vidíme tedy, že zatímco jedni mohou jasně vnímat, že plody mají morální právo na život, jiní mohou vnímat stejně jasně, že plody nemají vůbec žádná práva. Třeba proto, že právo mohou „mít pouze osoby jako nositelé morálky, jako nositelé nezávislého morálního statutu. Takový postoj k problému interrupcí ovšem dovoluje potrat plodu vždy, pokud onen nezávislý morální statut nezíská, dokud mu těhotná žena nebo oba rodiče „neudělí“ práva (tedy i právo na život), a současně tím těhotná žena sama sobě „neudělí“ povinnosti, související s péčí o dítě a s jeho výchovou. (Cichá, Goldmann, 2004)

Na druhé straně odpůrci potratů dokazují nebo tvrdí, že život je přítomen od okamžiku početí a že plody jsou lidské bytosti, protože vypadají jako novorozenci, mají lidský genetický kód a tudíž i právo na život. (Kushnerová, Thomasma, 2000)

Lidé zaujímající záporný postoj k interrupci z důvodu ohrožení posvátnosti života, mají rovněž sklon odmítat ze stejných důvodů použití tkáně plodu v lékařském výzkumu. Další odpůrci potratů na základě týchž nebo jiných důvodů mohou však výzkum tkáně plodu povolovat. Když už k potratu dojde, mohlo by být použití tkáně mrtvého plodu oprávněnou snahou zlepšit nebo prodloužit životy jiné.

Lidé s kladným postojem k potratům, kteří akceptují potrat do doby, než je plodu propůjčeno právo na život, by samozřejmě měli uznávat výzkum plodové tkáně. Objevují se ovšem i další problémy. Protože plod patří ženě, pak ta v případě, že se rozhodne svoje těhotenství ukončit, se současně nevzdává práva určit, co se má s potráceným plodem stát. Mohla by se rozhodnout pohřbit ho, provést kremaci, zachovat jej jako model pro studenty embryologie, nebo použít pro výzkum či léčbu. Není jisté, že žena, která se rozhodne ukončit těhotenství, zvažuje nebo chápe, co se může stát s potráceným plodem.

Podle zastánců potratu je použití plodové tkáně pro výzkum morálně přijatelné, když žena, která se rozhodla svoje těhotenství ukončit, souhlasí s použitím plodové tkáně pro výzkum, nebo se výslovně vzdá vlastního práva na určení, co se s tkání stane. (Kushnerová, Thomasma, 2000)

1.4.2 Antikoncepce a právo na život

Vajíčka, spermie a plody nemají vrozená práva, nemůže použití jakéhokoliv prostředku k zamezení oplodnění jejich práva ohrozit. Je jasné, že pravidelné používání antikoncepce vyjadřuje odmítnutí převzít rodičovskou zodpovědnost. Z odmítnutí rodičovské zodpovědnosti by se dalo rovněž považovat nepoužití antikoncepce během soulože s úmyslem použít „ranní pilulku“ (morning – after pill) nebo podstoupit potrat v případě těhotenství. Nicméně pohlavně aktivní osoba, která se rozhodne nepoužít antikoncepci a nemá jasnou představu o tom, zda mít či nemít dítě, je morálně nezodpovědná. A žena, která otěhotní a po mnoho měsíců se není schopná rozhodnout o ukončení těhotenství, představuje ještě problematičtější případ. Z tohoto pohledu nerozhodná žena, jež nepoužívá antikoncepci a nejdříve se rozhodne dítě mít, a poté svůj názor změní a volí potrat, ohrožuje právo plodu na život. (Kushnerová, Thomasma, 2000)

1.4.3 Asistovaná reprodukce a právo na život

Dosáhnout těhotenství některým z prostředků asistované reprodukce může být pro věřící pletením se do sféry boží vůle, a eticky nepřijatelné. Podle zastánců potratu je asistovaná reprodukce přijatelná. Podstoupit některou z metod asistované reprodukce, jejímž cílem je zvýšení pravděpodobnosti otěhotnění, je jasný akt závazku vůči plodu. Protože o použití technologií by byli ochotni uvažovat pouze ti, kdo se rozhodli mít dítě, pak lze všechny, kdo

usilují o těhotenství s pomocí speciálních technologií, chápat tak, že zajistili (nebo alespoň podmíněně zajistili) právo plodu na život.

Problém nastává, když vznikne víc plodů. Nejčastěji používané techniky (například hormonální terapie, oplodnění in vitro) mohou vést k tomu, že žena v jednom okamžiku otěhotněla více než jedním plodem.

Přestože tento důsledek použití technologií je dobře znám, není jisté, zda by se mělo o těhotné ženě uvažovat tak, že vytvořila právo na život každému plodu, nebo zda by se mělo brát tak, že vytvořila právo na život každému plodu pouze nahodile, a tudíž má vyhrazeno právo ukončit životy nadbytečných tří, dvou plodů nebo i plodu jednoho. (Kushnerová, Thomasma, 2000)

1.5 Kdy začíná lidský život?

K této otázce lze zaujmout různý postoj.

1.5.1 Postoj z hlediska fyziologického

Můžeme rozdělit do pěti skupin podle pěti důležitých momentů ve vývoji plodu.

1. Početí - rozumí se okamžik splynutí spermie a vajíčka
2. Počátek činnosti srdce či mozku - zastánci tohoto postoje vycházejí z faktu, že smrt je určována zástavou srdeční a mozkové činnosti. Srdce plodu začíná nepravidelně bít 24. den.
3. První pohyby - zhruba v první polovině těhotenství matka pocítí první pohyby dítěte. Tato teorie je nepřesná, protože dítě se ve skutečnosti hýbe dávno předtím.
4. Životaschopnost - schopnost plodu žít nezávisle na matčině těle. Zde nelze hovořit o přesné době. Dříve se uváděl 28. týden života plodu, ale dnes se však pomocí umělých podpůrných systémů hranice snížila na 20 týdnů.
5. První nádech (Pekárková, Primusová, Salajka, Uzel, 2000)

1.5.2 Postoj z hlediska filozofického

Mnozí definují „lidský život“ pomocí těchto měřítek: dochází se k nim určitým rozumovým postupem, vše zůstává pouze teorií, žádná z teorií není vědecky prokazatelná, každý jednotlivec má právo na své vlastní filozofické přesvědčení.

Pár filozofických názorů, odkdy se život stává lidským životem: až příchodem dítěte na svět, je-li dítě chtěné a milované, je-li v humanizovaném nebo kultivovaném prostředí, dosáhlo-li určitého stupně soběstačnosti nebo životaschopnosti, po dosažení určité úrovně rozumové dokonalosti, ...atd. (Pekárková, Primusová, Salajka, Uzel, 2000)

1.5.3 Postoj z hlediska duchovního

V okamžiku vstupu duše do plodu

Ale tak jako je na světě spousta lidských ras, tak je i spousta názorů na to, kdy se plod stává lidskou bytostí. Například v Severní Ghaně se dítě označuje lidskou bytostí až 7 dní po porodu. Nebo některé kmeny amerických indiánů připisují znak lidství teprve schopností sání z bradavky. Zatímco nezralí novorozenci postrádající sací reflex, nemohou být za plnoprávné bytosti označeny.

Tyto příklady svědčí o tom, že definice lidské osobnosti může být v různých kulturách velice nejistá a závisí často na tradici. To, co je v jedné společnosti považováno za vraždu, může být jinde vnímáno jako čin, který nikterak nepřestupuje hranice práva ani morálky.(Pekárková, Primusová, Salajka, Uzel, 2000)

1.6 Stručný přehled nitroděložního vývoje

VAJÍČKO

0	Oplození	<ul style="list-style-type: none">• oplození jednobuněčného vajíčka (cca 0,1 mm) v ampuli (trychtýřovitého rozšíření) vejcovodu
0 – 1,5 dne	zygota	<ul style="list-style-type: none">• stadium jednobuněčného oplozeného vajíčka (vajíčko je ještě ve vejcovodu)
1,5 - 3 dny	Blastoméry	<ul style="list-style-type: none">• zygota se během 40-50 hodin rozdělila do několika dceřinných buněk (blastomér) = rýhování• vajíčko sestupuje vejcovodem směrem k děloze
4 – 4,5 dne	Blastocysta	<ul style="list-style-type: none">• poměrné zmenšení velikosti buněk ve prospěch dutiny (blastocysta), naplněné intercelulární tekutinou• blastocysta rozdělí buňky do dvou skupin: 1) embryoblast, z kterého vznikne později embryo 2) trofoblast - z něhož se vyvine chorion a placenta (plodové lůžko)
cca 6. den	Adplantace	<ul style="list-style-type: none">• vajíčko se přichytí na děložní sliznici
7. - 12. den	Implantace	<ul style="list-style-type: none">• postupné uhnízd'ování (nidace) vajíčka v děložní sliznici (10 den)• lze zjistit tři zóny vajíčka: externí, mediální a interní• z interní části vzniká entoblast a v něm vnitřní plodová blána – amnion

EMBRYO

13. - 14. den	<ul style="list-style-type: none">• 14. den je již rozeznatelný základ mozku embrya• vznikají jednotlivé tkáně• jsou zřetelné tzv. tři zárodečné listy: 1) vnější (ektoderm) 2) střední (mezoderm) 3) vnitřní (entoderm) - v něm začíná vznikat žloutkový vak
16. - 17. den	<ul style="list-style-type: none">• prodlužuje se ektoderm
18. - 21. den	<ul style="list-style-type: none">• vzniká axiální kanál a základ se diferencuje na mozek a míchu• začíná pracovat srdce, zatím jednoduché ve tvaru U - trubice• na konci 3.týdne je již uzavřený krevní oběh (uzavřen se žloutkovým vakem, který vytváří krevní buňky)• embryo je asi 1,5 mm velké

4. týden

- 22. den = 2,2 mm; 24.den = 3 mm
- 26. den = 3,5 mm; 28.den = 4 mm
- 2 mm

Obrázek č. 1

- embryo se rozděluje na tři části: hlavu, krk a trup
- vznikají velká ústrojí: mozek s míchou a nervy, kostra (zatím chrupavčitá), svalstvo srdce se začíná dělit



- na předsíňovou a komorovou část (chlopně zatím chybí), vznikají játra

- vzniká oční jamka (očnice)
- kolem 24. - 25. dne se embryo vlivem rychlého růstu povrchových tkání a mozku zakřivuje (tím ztrácí na výšce)
- hlava zabírá asi 1/2 celého těla
- z trupu začínají vyrůstat základy horních a dolních končetin
- na konci 4. týdne je vyvinut nervus trigeminus (trojklanný nerv) se všemi třemi větvemi a počátky míšních nervů
- 4 mm
- je vyvinuto vylučovací ústrojí
- je diferencován čichový epitel
- viz. obrázek č. 1 embryo ve 4. týdnu

Obrázek č. 2

5. - 6. týden

- 33.den = 7- 9 mm
- 41.den = 11 - 14 mm
- žloutkový vak je stále hlavním dodavatelem krevních buněk
- na konci 5.týdne jsou paže stále delší než nohy, lze vidět počátky vznikajících prstů
- trojklanný nerv je propojen s ostatními mozkovými nervy, jsou vyvinuty míšní nervy
- vzniká pupeční šňůra, kterou proudí okysličená krev z placenty (plodového lůžka - koláče)
- v polovině 6.týdne jsou hlava a trup stejně velké, embryo roste denně o 1 mm a získává typický lidský vzhled
- oční otvory směřují vpřed, začíná uchopovací reflex, prsty jsou vyvinuty, nervová vlákna dosahují až do dlaňové oblasti
- dítě již otáčí hlavou
- 12 mm
- během 6.týdne přestává růst žloutkový vak a začínají pracovat játra





- | | | |
|----------|-------------|--|
| 7. týden | 12 až 15 mm | <ul style="list-style-type: none"> viz. obrázek č. 2 embrya v 5. – 6. týdnu lze pořídit EKG, již u čtyřicetidenního embrya jsou zachytitelné srdeční ozvy, lze pořídit záznam mozkových proudů (EEG), které jsou vyvolávány elektrickou činností nervových buněk mozku všechny orgány jsou již založeny nic nového nevzniká, vše se jen vyvíjí 16 až 19 mm je viditelné utváření vnějšího ucha |
| 8. týden | | <ul style="list-style-type: none"> 50.den = 23 mm 52. den = 22 až 24 mm 54.den = 23,5 až 27 mm 56.den = 27 až 31 mm začínají se vytvářet oční víčka konec 8.týdne, embryo je velké 2,7 až 3 cm, vše lidské je vyvinuto embryo již má proporce malého dítěte, končí se embryonální stadium vývoje, dítě se od této doby nazývá fétus – plod viz. obrázek č. 3 embrya v 8. týdnu |

Obrázek č. 3



FÉTUS

- | | | |
|-----------------|-------------------|--|
| 3. měsíc | | <ul style="list-style-type: none"> od počátku 9.týdne se postupně ukládá do kostry vápník, prudký růst plodu (desetinásobné zvětšení hmotnosti) 9.týden: plné zakrytí dosud otevřených očních štěrbin, je založeno vnitřní ucho |
| 11. - 12. týden | 6 až 7 cm
20 g | <ul style="list-style-type: none"> dítě otevírá ústa a pije plodovou vodu zrají chuťové buňky velikost hlavy odpovídá 1/2 trupu vyvinuté paže a nohy se pohybují (což matka ještě necítí) je vyvinut sací reflex, dítě si cucá palec začínají pracovat lymfatické žlázy a thymus - imunitní systém žloutkový vak zaniká a játra, slezina a kostní dřeň přebírají tvorbu červených krvinek krevní oběh dítěte je zcela oddělen od krevního oběhu matky na kůži rostou jemné chloupky (lanugo), které odpadne až před porodem |

		<ul style="list-style-type: none"> • prsty na nohou i rukou jsou již téměř zcela vyvinuté • lze sejmout otisky prstů - jejich struktura se již nikdy nezmění, zakládají se lůžka nehtů • placenta (plodové lůžko) je zcela vyvinuta
4. měsíc	12 až 16 cm	<ul style="list-style-type: none"> • pupeční šňůra má svoji konečnou formu • dítě pije denně asi 0,1 litru plodové vody • má již vyzrálé chuťové buňky • začínají pracovat trávicí žlázy • vznikají nehty • vnější pohlavní znaky jsou již jasně pozorovatelné • začíná pracovat sluch • viz. obrázek č. 4 plod ve 4. měsíci
		
5. měsíc	20 až 25 cm 300g	<ul style="list-style-type: none"> • srdeční ozvy jsou slyšitelné stetoskopem, srdce tluče frekvencí 120-160/min. • délka těla činí polovinu porodní délky • matka začíná pociťovat pohyby dítěte na vnitřní břišní stěně • jsou diferencovány zrakové buňky • dítě činí nepravidelné dechové pohyby (10 až 20/min.)
6. měsíc	25 až 30 cm 900 g	<ul style="list-style-type: none"> • na hlavě začínají růst vlasy • začínají zrát čichové buňky • dozrává smysl pro rovnováhu
		Obrázek č. 5
7. měsíc	30 až 40 cm 1 až 1,5 kg	<ul style="list-style-type: none"> • mizí zornicová membrána očí • cit pro rovnováhu je zcela vyvinut, všechny sluchové struktury jsou zcela vyvinuty • dítě pije denně asi 1 litr plodové vody (po malých dávkách) • dozrává čichový epitel • v rukou je vyvinut hmat • viz. obrázek č. 5 plod v 7. měsíci těhotenství
		
8. měsíc	45 cm, 2 kg	<ul style="list-style-type: none"> • dozrává čich
9. měsíc		<ul style="list-style-type: none"> • dítě pije denně 3 až 4 litry plodové vody
10. měsíc	50 cm 2,5 až 3,5 kg	<ul style="list-style-type: none"> • dítě se vzhledem k nedostatku místa méně pohybuje • dítě plně vnímá světlo

(Rotter, 1999)

1.7 Operace ukončující těhotenství

Jsou tři způsoby provádění umělých potratů:

- 1) vniknutí do dělohy skrze rodidla
- 2) proniknutí do dělohy pomocí břišní operace
- 3) podání chemického přípravku

Přerušeni se provádí v celkové anestezii a má několik fází:

- po dezinfekci zevních rodidel a pochvy se zavede Scherbackovo zrcadlo a fixuje se děložní hrdlo jednozubými kleštěmi
- děložní sondou se zkontroluje velikost a uložení dělohy
- děložní hrdlo se rozšíří kovovými dilatátory
- tupou kyretou, popř. potratovými kleštěmi se odstraní z dělohy plodové vejce.

Těhotenství se snažíme ukončit v časných stádiích gravidity do 45.dne u primipar, do 56. dne od prvního dne poslední menstruace u multipar. (Jirásek, Kobilková, Martan, Mašata, Žitný, 2005)

1.7.1 Vniknutí do dělohy skrze rodidla

Miniinterrupce (vakuumaspirace a kyretáž) se provádí do 8. týdne těhotenství. Původně se prováděla pouze vakuumaspirace, ale protože plod v děloze zákrok někdy přežil a hlavně v děloze zůstávaly zbytky tkání, které mohly vyvolat záněty a další komplikace, provádí se následně ještě kyretáž. Přes roztažené děložní hrdlo se do dělohy vsune plastická trubička o průměru 5 – 8 mm s ostrým hrotem. Je připojena na silnou vývěvu. Vývěva vsaje plod do nádoby. Poté se do dělohy vsune kyreta, aby se vyškrábla placenta a zbytky plodu. Zákrok je podstatně šetrnější, má méně komplikací. (Černý, Schelleová, 2003)

Kyretáž a vakuumexhausce se provádí do 12. týdne těhotenství takzvanou evakuací děložní dutiny kyretou po roztažení děložního hrdla nebo vakuumexhauscí – takzvané odsátí děložního obsahu. (Czopiková, 2006)

Roztažení a vyprázdnění. Do 16. týdne těhotenství se potrat provádí tzv. evakuací děložní dutiny kyretou a tzv. potratovými kleštěmi. V té době je plod již moc velký na to, aby prošel děložním hrdlem, proto se do dělohy vsunou kleště, uchopí se noha nebo jiná část těla a kroutivými pohyby se odstraňují části těla plodu. Páteř musí být přelomena a lebka rozdrcena, aby mohly být z dělohy odstraněny. (Černý, Schelleová, 2003)

1.7.2 Proniknutí do dělohy pomocí břišní operace

Redukce počtu plodů – tato metoda se používala kolem 16. týdne těhotenství při redukci počtu nenarozených dětí v děloze, zejména jako komplikace některé z metod asistované reprodukce. přes břicho matky je za pomoci ultrazvuku do plodového vaku zavedena dlouhá jehla a do srdcí vybraných embryí je vstříknut silný koncentrovaný solný roztok (chlorid draselný). Došlo k zástavě srdce plodu. Je zde vysoké nebezpečí spontánního potratu zbývajících plodů. Z důvodů etických otázek těchto zákroků se dnes zavádí ženám maximálně dvě embrya. (Černý, Schelleová, 2003)

Operační ukončení těhotenství – provádí se laparoskopickou cestou takzvaným malým císařským řezem méně často vaginálním císařským řezem. Provádí se v pokročilém stádiu těhotenství až do porodu. Děloha je chirurgicky otevřena podobně jako u porodu císařským řezem. Pupeční šňůra je přetržena, když je plod ještě v děloze, čímž se přeruší zásobení kyslíkem. Metoda roztažení a vytržení se používá k umělému přerušení těhotenství při stáří plodu 20. týdnů a více. (Černý, Schelleová, 2003)

1.7.3 Podání chemického přípravku

Prostaglandiny se podávají po 12. týdnu, zejména ale po 16. týdnu nebo jiné léky vyvolávající velmi silné děložní stahy, které vypuzují vyvíjející se plod. Kontrakce jsou mnohem silnější než normální přirozené stahy, takže plod je jimi usmrcen. (Černý, Schelleová, 2003)

„Potratová pilulka“ Existuje ještě další metoda, jak přerušit časné těhotenství. V 80. letech 20. století došlo k vyvinutí látky RU 486, která blokuje účinek progesteronu - hormonu, který má za úkol ochraňovat vzniklé těhotenství. Žena by si tak mohla sama bezpečně a snadno vyvolat samovolný potrat počínajícího těhotenství a dokonce by nemusela vůbec užívat antikoncepci. Stačilo by jen vždy v období naplánované menstruace vzít tabletku a menstruace by se dostavila. Látka se dostala v některých zemích do výroby, ale narazila na tvrdý odpor ochránců nenarozeného života a katolické církve. Tabletka byla proto zase postupně zakazována. Naše ministerstvo zdravotnictví vedlo jednání o této pilulce, ale z podobných důvodů jako jinde byla jednání přerušena. Tedy ani u nás se nesmí tableta RU 486 používat. Gynekologové by ale radši použili tuto tabletu např. u odumřelého těhotenství, u špatně se vyvíjejícího těhotenství. Kdy ženy ve většině případů podstupují interrupci. (Barták, 2006)

1.8 Rizika potratu

1.8.1 Tělesná rizika potratu

Až 10% žen po interrupci může být postiženo komplikacemi, z nichž až 12% může být životu nebezpečné.

- Okamžité komplikace jako například: infekce, nadměrné krvácení, bolesti
- Perforace dělohy. Zvýšené riziko perforace dělohy se zvyšuje u žen, které již rodily a které byly během potratu pod celkovou anestezií. Poškození dělohy může vést ke komplikacím v dalších těhotenstvích.
- Natržení děložního hrdla
- Mimoděložní těhotenství. Potrat je spojován se zvýšeným rizikem následujících mimoděložních těhotenství.
- Zánět pánve
- Placenta praevia (vcestné lůžko) – placenta je umístěna v dolní části dělohy a může zakrývat děložní otvor a bránit tak normálnímu průběhu porodu. Výskyt placent praevia v dalších těhotenstvích je větší 7 – 15krát.
- Endometritis. Zánět děložní sliznice je riziko, kterému musí čelit všechny ženy po potratu, zejména dospívající dívky, které mají 2,5krát větší riziko než ženy ve věku 20 až 29 let.
- Komplikace v dalších těhotenstvích. Potrat je spojován s poškozením děložního hrdla a dělohy, které může vést k předčasnému porodu, komplikacím během porodu a abnormálnímu vývoji placenty v dalších těhotenstvích.
- Zhoršený zdravotní stav. Z výzkumu 1428 žen se zjistilo, že potrat zhoršuje zdravotní stav. Během roku, který následoval po potratu, ženy navštívily obvodního lékaře o 80% více z různých důvodů a o 180% více z psychosociálních důvodů.(Reardona, 1997)
- Rakovina prsu. V lednu roku 1997 „The New England Journal of Medicine“ publikoval studii dánských epidemiologů. Ti tvrdili, že potrat nemá žádný vliv na rakovinu prsu u žen. Byla provedena studie na 1,5 milionů dánských žen narozených mezi 1935 – 1978. Ale Joel Brind, Ph.D., profesor endokrinologie na Baruch College of the City University v New Yorku přišel na to, že tato studie má velké nedostatky, protože nezkoumali tisíce starších žen. Ty jsou náchylnější k rakovině. ¼ tvořily ženy pod 25 let. Spolu s dalšími vědci zjistili 30% vyšší riziko rakoviny prsu u žen, které podstoupily potrat. Ze 30 mezinárodních studií ukazuje 24 na zvýšené riziko včetně 10 z 11 studií provedených v USA.(Brind, 1998)

- Rakovina děložního hrdla, vaječníku a jater. Ženy po jednom potratu čelí relativnímu riziku rakoviny děložního hrdla o hodnotě 2,3 ve srovnání s ženami, které nepodstoupily potrat. Zvýšený výskyt rakoviny u žen po potratech má očividnou souvislost s nepřirozeným přerušáním hormonálních změn, které provázejí těhotenství. (Reardona, 1997)
- Komplikace související s anestezí
- Smrt. Příčiny vedoucí ke smrti jsou krvácení, infekce, embolie, nediagnostikovatelné mimoděložní těhotenství.(Černý, Schelleová, 2003)

1.8.2 Psychologická rizika potratu

V lékařské literatuře je popisován takzvaný PAS – postabortivní syndrom – je to souhrnný název pro psychosomatické projevy bolesti a zoufalství po absolvování potratu. Nejčastěji bývá takový stav popisován jako pocit bezmocnosti, neschopnosti vrátit čas, pocit chycení se do pastí bez možnosti úniku nebo ztráty kontroly nad sebou samým.(Černý,Schelleová,2003)

Psychologové se shodují, že asi 10% žen prožívá psychické trauma po potratu. Ženy, které podstoupily potrat, mají pocity viny a zlosti. Dochází u nich častěji k závislosti na alkoholu a drogách nebo volnějšímu sexuálnímu chování. Častěji se u nich vyskytuje mentální anorexie a bulimie. Některé se dokonce pokoušejí o sebevraždu.

I když potraty jsou nejčastější operací v USA, bylo vypracováno málo studií,zabývajících se psychickým dopadem na ženy. Jak americká psychologická asociace, tak americká psychiatrická organizace podporují legalizování potratu, ale ani jedna nepřipouští existenci popotratového traumatu. „Potratové kliniky“ poskytují poradenství hned po zákroku nebo několik týdnů později, ale ženy často potřebují pomoc několik měsíců nebo let.

Skupina psychologů vedená Dr. C. M. Friedmanem vydala knihu „Every Women“, ve které popisují situace, kdy žena může pociťovat potratový syndrom. A ty jsou: pokud byla žena přinucena k potratu, pokud byl potrat proveden pro záchranu života ženy nebo plod byl postižený. Také u žen, které věřily, že nemají jinou možnost.

Nejvíce postihuje dospívající dívky a to 1 ze 3.

Nikdy neproběhla studie o psychickém dopadu na otce. Potrat je brán jako věc ženy a muži se cítí bezmocní, když se žena rozhodne pro potrat. (Harrison, 1998)

- Sexuální dysfunkce. Ztráta potěšení z pohlavního styku, větší bolest, odpor k sexu nebo k mužům obecně.

- Opakované potraty. Ženy po jednom potratu mají zvýšené riziko, že v budoucnu opět podstoupí potrat. Ženy po potratu mají čtyřikrát větší riziko samovolného potratu než ženy,

které potrat nepodstoupily. Také se může objevit takzvané sebetrestání prostřednictvím opakovaných potratů.

- Problémy ve vztazích (Reardona, 1997)

- Ovlivnění pozdějšího mateřství a vývoj dalších dětí. Studie publikovaná v „Jornal of child Psychology and Psychiatry“, přišla s tím, že děti jejichž matky mají za sebou potrat, mají doma méně citové podpory a problémy s chováním. Zkoumalo se chování a kvalita domácího prostředí u 4844 dětí. Citová nepodpora se ukázala hlavně u prvorozených dětí, zvláště mezi 1 až 4. rokem. Zatímco děti mezi 5. až 9. rokem měly problémy s chováním. (Kiniorski, 1998)

- Potřeba psychologického léčení. Často se objevuje nervozita, potíže se spánkem, litování svého rozhodnutí. Ženy více využívají lékařských a psychiatrických služeb. Vysokému riziku čelí dospívající dívky, rozvedené ženy a ženy po více potratech. Jelikož mnoho žen po potratu potlačuje své city, aby se vyrovnaly se vzniklou situací, mnoho z nich může dlouhou dobu odmítat psychiatrickou pomoc. Potlačení pocitů může vyvolat psychosomatické a psychiatrické onemocnění nebo poruchy chování. Až 80% žen tvrdí, že by dokončilo těhotenství, pokud by měly lepší podporu ostatních. (Reardona, 1997)

1.9 Prevence interrupcí

Nejlepší metodou jak předejít interrupci je prevence. Především prevence, která spočívá v odpovědném přístupu obou partnerů k pohlavnímu životu. Tedy předcházení nechtěnému těhotenství používáním antikoncepce. Je špatné, že v dnešním postmoderním světě, kdy je na trhu dostupná spousta metod zabraňujících početí, se stále vyskytují v tak vysokém počtu nežádoucí těhotenství, která jsou následkem malé nebo vůbec žádné ochrany při pohlavním styku.

Aby byla účinná prevence, musí mít populace žijící pohlavním životem dostatek informací. Informace o otázkách sexu neboli sexuální výchova by měla začít hlavně ze strany rodičů již v útlém věku dítěte. S dětmi by rodiče měli hovořit vždy otevřeně a pravdivě a ne se uchylovat k vymyšleným povídkám o vránách a čápech. Nejčastější rozpaky vznikají z obavy, že rodiče by mohli říci dítěti příliš mnoho a příliš brzy. Tato obava je však zbytečná, protože dítě přijímá pouze ty informace, které jsou jeho věku přístupné a srozumitelné, všechno ostatní okamžitě pouští ze své dětské hlavy.

V době, kdy dítě začne chodit do školy, je ovlivňováno vším, co vidí, co slyší, co čte. Rodiče se opět nemusí bát, že řeknou svým dětem „příliš mnoho, příliš brzy“. Jediné, čeho by se měli obávat je, že řeknou „příliš málo, příliš pozdě“.

Na druhém stupni školní docházky, v době nástupu puberty, bývá sexuální výchova zahrnuta do školních osnov. Ale ne každý učitel se dokáže této problematice správně věnovat. Dle mého názoru by každá škola měla mít vyškoleného pedagoga, který by dokázal otevřeně představit taje související s touto problematikou, do kterých se všichni dospívající stejně snaží proniknout. V tomto období jsou stále nejdůležitější informace od rodičů a hlavně vzájemná podpora a porozumění. A i když se zdá, že dobré rady rodičů a pedagogů děti nevnímají, přesto je jisté, že přes hraný nezájem mají uši nastražené natolik, aby jim nic neuteklo.

K dalším velmi významným zdrojům zajišťující prevenci nežádoucích těhotenství patří bezesporu internet, media, časopisy a knižní publikace. Tyto zdroje by ovšem měly pouze doplňovat informace, nikoli nahrazovat sexuální osvětu od rodičů.

Osvěta musí být dostačující převážně v otázkách antikoncepce. Dostatečné a správné informace o metodách bránící otěhotnění je polovina úspěchu. Ta druhá polovina je ukryta v praktickém dodržování získaných informací o antikoncepci. Zde je podle mého názoru největší problém. Lidé mohou být informováni dostatečně, ale pokud to neberou vážně a řeknou si: „Pro jednou se určitě nic nestane“, tak se vše opět může dostat k pojmu interrupce.

Samozřejmě neříkám, že interrupce je vždy špatná. Ale neměla by být brána za jednu z antikoncepčních metod.

V prevenci hraje i důležitou roli státní politika, která by měla vést ke snížení počtu interrupcí a to zejména formou poradenství a služeb pro plánování rodiny. Dále nabídkou finanční a materiální podpory těhotným ženám, které se ocitly ve složité finanční situaci a v neposlední řadě podporovat alternativní možnosti jako utajované porody nebo adopce. (Czopiková, 2006)

1.10 Jiné možnosti než podstoupení interrupce

1.10.1 Poradny pro ženy a dívky

Nabízejí pomocnou ruku ženám a dívkám, které se ocitly v těžké životní situaci. Pomáhají těhotným ženám, které jsou zaskočeny neplánovaným těhotenstvím, budoucím maminkám, svobodným a osamělým matkám. Tyto poradny nabízejí zdarma a hlavně diskrétně např. provedení těhotenského testu, konzultační, informační a poradenskou činnost, sociálně – právní poradenství i popřípadě materiální výpomoc.(Czopiková, 2006)

1.10.2 Utajené porody

Těhotným ženám v komplikovaných životních situacích se nabízí i jiná možnost než podstoupit interrupci to je např. utajený porod a následná rychlá adopce. Žena s trvalým pobytem na území České republiky, která porodila dítě a písemně požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem, má právo na zvláštní ochranu svých osobních údajů. Zdravotní zařízení je povinno vést její jméno a příjmení odděleně od zdravotnické dokumentace související s těhotenstvím a porodem. Teprve po skončení hospitalizace se zdravotní dokumentace doplní o zmíněné osobní údaje ženy, datum narození, datum porodu a písemnou žádost o utajení porodu. Dokumentace je zapečetěna, její otevření je možné jen na základě rozhodnutí soudu.

Porod nemůže být zcela anonymní, neboť bez osobních údajů ženy by nebylo možné zjistit důležité informace zdravotní povahy, které mohou mít velký význam pro ochranu zdraví dítěte. U dítěte se v průběhu života může objevit onemocnění, které má genetický základ a znalost anamnézy (biologické) matky pak významně usnadní léčbu.

Lékaři a další zdravotnický personál, který přišel do styku s osobními údaji ženy, je povinen o nich zachovávat mlčenlivost.

Ženy, které se z různých důvodů nemohou nebo nechtějí o své dítě po porodu starat, mají tyto možnosti:

- přerušení těhotenství (legální nebo kriminální)
- po porodu svěřit dítě do náhradní rodinné péče
- zůstat svobodnou matkou
- tajit těhotenství před svým okolím a po porodu na náhodném místě (WC, koupelna, příroda) dítě v šoku vážně poškodit

Zařízení nabízející utajené porody se snaží ženám z poslední skupiny nabídnout další možnosti:

- ubytování ve značné vzdálenosti od místa bydliště
 - kvalitní stravování
 - pravidelné lékařské prohlídky
 - sociálně – právní ochranu
 - vyřízení všech záležitostí týkajících se náhradní rodinné péče v co nejkratší době
- (Rákos, 2006)

1.10.3 Babyboxy

Schránky, do nichž je možné odložit dítě. Jakmile je do babyboxu vloženo miminko, automatický systém upozorní zdravotníky a ti si je ze schránky vyzvednou.

Můžeme je nalézt např. v GynCentru v Praze Hloubětíně nebo v nemocnici Milosrdných bratří v Brně. Nadační fond pro odložené děti má v plánu zřízení dvaceti babyboxů v celé republice. Cílem nadace je zachránit děti, jejichž mrtvá tělíčka by jinak skončila v kontejnerech.

Babyboxy ale pravděpodobně nesníží počet interrupcí. (Hess, 2006)

1.10.4 Adopce

Osvojením (adopcí) je přijímáno dítě za vlastní. Osvojitelé pak mohou navázat s biologicky cizím dítětem vztah obdobný vztahu rodič – dítě se vším všudy. Dnes je možné dítě osvojit zrušitelně nebo nezrušitelně.

Zrušitelné osvojení je možné u jakéhokoli nezletilého dítěte, které nemá možnost žít v příznivém rodinném prostředí a jehož rodiče či zákonní zástupci dali souhlas k osvojení. Na takový souhlas se nemusí čekat, pokud rodiče po dobu nejméně šesti měsíců soustavně neprojevovali o dítě opravdový zájem a soustavně se nesnažili upravit své poměry tak, aby se mohli osobně ujmout péče o dítě. U novorozenců není třeba souhlasu k osvojení tehdy, pokud rodiče nejméně dva měsíce po narození neprojevili o dítě žádný zájem. Osvojit dítě může každá fyzická osoba, která žije řádným životem a je zřejmé, že osvojení bude ku prospěchu dítěte i společnosti, a mezi osvojencem a osvojitelem je přiměřený věkový rozdíl (jako mezi rodičem a dítětem).

O zrušení (pouze zrušitelného) osvojení může rozhodnout pouze soud a to z důležitých důvodů na návrh osvojence nebo osvojitelů. Po zrušení osvojení vznikají znovu vzájemná práva a povinnosti mezi osvojencem a původní rodinou. Osvojenec také znovu získává své původní příjmení.

Nezrušitelné osvojené dítě musí mít nejméně jeden rok a osvojiteli mohou být pouze manželé, manžel rodiče dítěte, pozůstalý manžel rodiče dítěte nebo manžel osvojitele dítěte. Zcela výjimečně může dítě nezrušitelně adoptovat i osamělá osoba. Po provedeném nezrušitelném osvojení jsou do matriky jako rodiče dítěte zapsáni jeho osvojitelé. (Clark, Roberty, 2006)

1.10.5 Pěstounská péče

Je zaměřena především na výchovu dítěte ve vyhovujícím rodinném prostředí, kterou finančně podporuje stát.

Ne každé dítě je vhodné k adopci. V tom případě je možné výchovu dítěte, kterou nejsou schopni zajistit jeho rodiče, vykonávat v ústavním zařízení nebo v jiné formě, nejčastěji v pěstounské péči, a to buď v péči jednotlivce, v rodině nebo SOS dětské vesničky.

Pěstounem se může stát jakákoli fyzická osoba plně způsobilá k právním úkonům, která má osobní předpoklady k řádnému výkonu osobní péče o dítě. Postup při hledání pěstounů je obdobný jako u osvojení. (Clark, Roberty, 2006)

1.11 Návrh standardního ošetrovatelského postupu u ženy po umělém ukončení těhotenství

Kompetence:

- registrovaná sestra, porodní asistentka s vysokoškolským vzděláním
- registrovaná sestra, porodní asistentka s PSS
- registrovaná sestra, porodní asistentka s VOŠ
- registrovaná sestra s 4 letou SZdŠ

Cíl:

- zajistit všem pacientkám individuální ošetrovatelskou péči
- s holistickým a empatickým přístupem uspokojit bio-psycho-sociální potřeby pacientek
- správně zaznamenat ošetrovatelskou péči do ošetrovatelské dokumentace

Pomůcky:

- sterilní rouška na otření rodidel
- sterilní vložky
- tonometr a fonendoskop
- pomůcky k aplikaci léků proti bolesti, popřípadě proti krvácení dle ordinace lékaře

Postup:

- převezmi pacientku i s dokumentací ze sálu
- dodržuj ordinace anesteziologa a ošetřujícího lékaře
- ulož ženu na čistě povlečené a upravené lůžko
- otři ženě rodidla a stehna po výkonu do sterilní roušky pokud je to nutné
- přilož sterilní vložku
- sleduj vitální funkce dle ordinace lékaře
- aplikuj léky proti bolesti dle ordinace lékaře
- sleduj krvácení - počet prokrváčených vložek
- aplikuj léky proti krvácení dle ordinace lékaře
- zajisti klid pro odpočinek
- zajisti čistotu lůžka a osobního prádla
- informuj lékaře o změnách stavu
- prováděj aktivní ošetrovatelskou péči
- umožni klientce podle potřeby vyprázdnit se (s doprovodem na WC)

- zajisti dostatečné množství tekutin
- zajisti příjem stravy
- všímej si změn v psychickém i fyzickém stavu
- prováděj zápisy ošetrovatelských intervencí a hodnot vitálních funkcí do ošetrovatelské dokumentace
- zajisti doprovod do sprchy a pomoc při hygieně
- zajisti přítomnost příbuzné osoby při propuštění pacientky

Komplikace:

- bolest
- krvácení
- infekce
- endometritis
- komplikace v dalším těhotenství
- komplikace v souvislosti s anestezií
- psychické komplikace
- sexuální dysfunkce

Zvláštní doporučení:

- důležitá podpora okolí
- 6 týdnů bez pohlavního styku
- gynekologická kontrola za šest týdnů po výkonu
- edukace v oblasti antikoncepce a prevence nechtěných těhotenství

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíle empirické části

- 1) Zjistit postoj k interrupci u prodavaček, učitelek mateřských, základních škol (zastánkyně laické veřejnosti), zdravotních sester a učitelek na středních a vyšších zdravotnických školách (zastánkyně zdravotnických pracovníků). Oslovit respondentky ve fertilním věku. Stanovila jsem si věkové rozmezí 18 – 45 let.
- 2) Provést pilotní studii zjišťující postoj mužů k interrupci
 - a, *zjistit, kolik respondentů zná pojem interrupce a potratová turistika*
 - b, *zjistit osobní postoje k začátku lidského života, k interrupci pojaté jako vražda a k nejčastějším “ tvrzením “ spojených s touto problematikou*
 - c, *zjistit, v jakých případech by respondenti byli pro vyslovení souhlasu či nesouhlasu s interrupcí*
 - d, *zjistit, kolik respondentů zná alespoň jedno riziko spojené s interrupcí*
 - e, *zjistit názor týkající se informovanosti veřejnosti o prevenci umělého přerušení těhotenství, a kdo by se měl na prevenci nejvíce podílet.*
 - f, *zjistit, zda jsou respondenti požadují zprísňení zákona o umělém ukončení těhotenství*

2.2 Vzorek

Hlavní výzkumný vzorek tvořily ženy ve fertilním věku. Stanovila jsem si věkové rozmezí 18-45 let. Vzorek tvoří 200 respondentek. Z toho 100 laiků a 100 zdravotníků. Z laiků jsem oslovila 50 prodavaček v sítích prodejen Pramen s.r.o. a 50 učitelek v mateřských a základních školách (dále jen MŠ, ZŠ) ZŠ Habry, MŠ a ZŠ při zdravotnickém zařízení Havlíčkův Brod, ZŠ Wolkerova Havlíčkův Brod.

Ze zdravotníků jsem oslovila 50 zdravotních sester v Nemocnici v Havlíčkově Brodě a 50 odborných učitelek na středních a vyšších zdravotních školách. (Havlíčkův Brod, Pardubice, Mladá Boleslav, Ústí nad Orlicí)

2.3 Použitá metoda

Ke sběru dat jsem použila metodu nestandardizovaného dotazníku.

Dotazník pro ženy měl 20 otázek. Otázku 6 – 19 jsem použila z absolventské práce (Czopiková, 2006). Otázky 1 -5 jsou zaměřeny na získání anamnestických údajů věk,

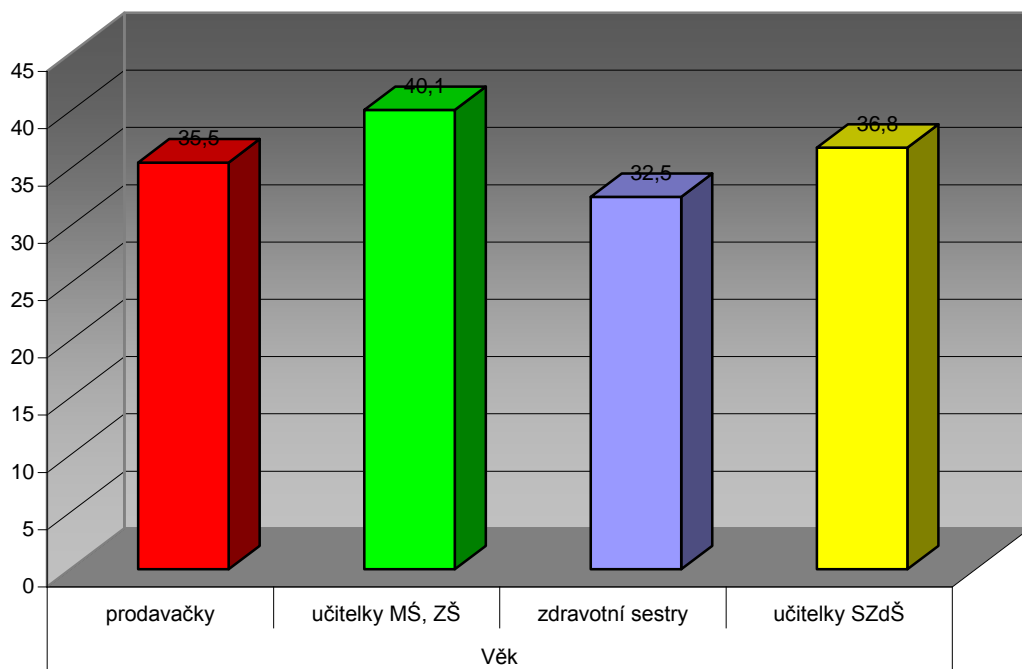
vzdělání, zaměstnání, rodinný stav a počet dětí. Záměrně jsem vynechala otázku víry, která má určitě úzký vztah k tématu, ale není tématem mé bakalářské práce. Otázky 6 -7 jsou otevřené s místem pro vypsání odpovědi. Otázky 6 -18 zjišťují postoje k interrupci. Otázky 19 -20 se týkají prevence interrupcí. Odpovědi na otázky respondentky značily kroužkováním.

U žen jsem celkem oslovila 280 respondentek. 140 laiků a 140 zdravotníků. Vrátilo se mi 234 dotazníků. Návratnost tedy byla 83,57 %. (234 z 280). 11 bylo neúplně vyplněno a 23 jsem vyřadila pro nevyhovující věk, který překračoval hranici 45 let. U každé skupiny jsem zpracovala 50 dotazníků.

2.4 Výsledky výzkumu

Graf č. 1 Průměrný věk respondentek

1. Věk



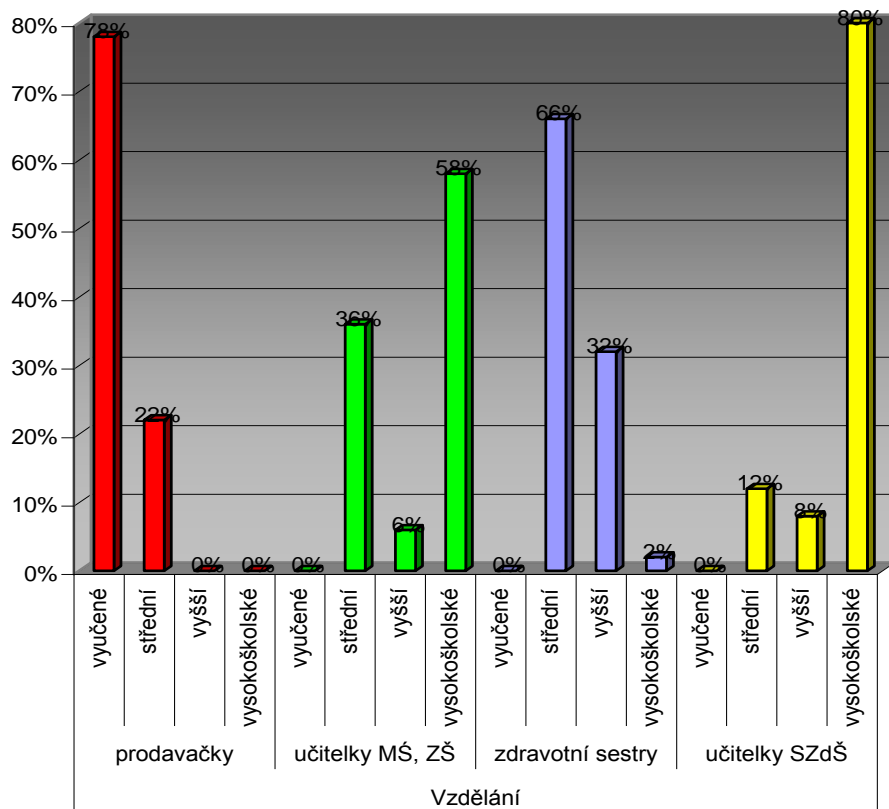
Tabulka č. 1 Průměrný věk respondentek

Zaměstnání	prodavačky	Učitelky ZŠ, MŠ	Zdravotní sestry	Učitelky SZdŠ
Průměrný věk	35,5	40,1	32,5	36,8

Komentář: Průměrný věk u oslovených prodavaček byl 35,5, u učitelek MŠ, ZŠ 40,1, u zdravotních sester 32,5 a učitelek SZdŠ činil průměrný věk 36,8. Respondentky pod 18 let a nad 45 let byly vyřazeny, neboť nevyhovovaly mému stanovenému věkovému rozmezí.

2. Vzdělání

Graf č. 2 Vzdělání respondentek



Tabulka č.2a Vzdělání u prodavaček a učitelek MŠ, ZŠ

Vzdělání	prodavačky					učitelky MŠ, ZŠ				
	vyučené	střední	vyšší	Bc.	Mgr.	vyučené	střední	vyšší	Bc.	Mgr.
Abs. počet	39	11	0	0	0	0	18	3	2	27
Celkem	50					50				
Relativní počet v %	78	22	0	0	0	0	36	6	4	54
Celkem v %	100					100				

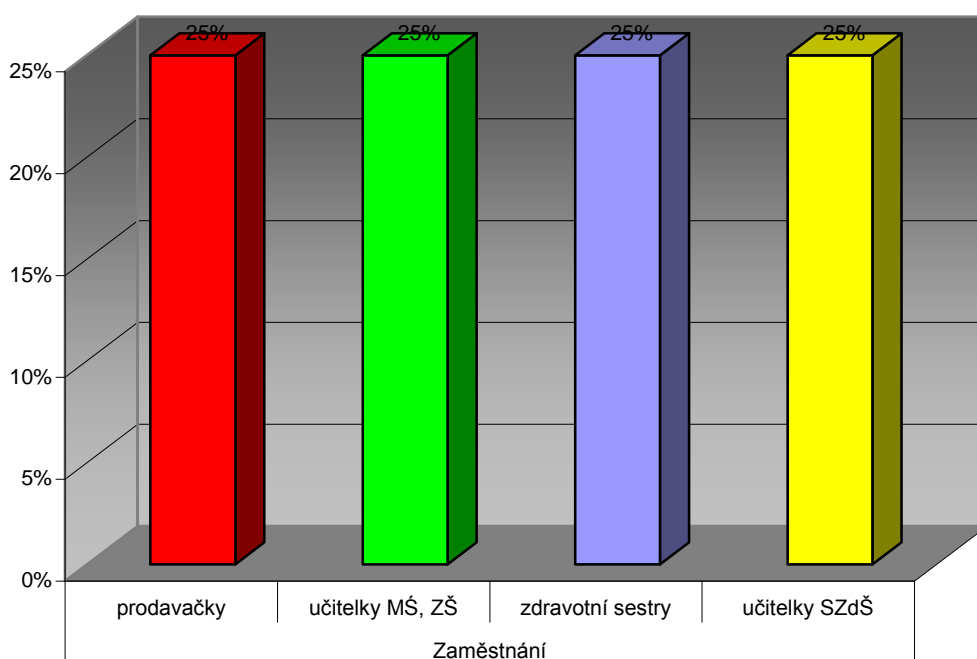
Tabulka č.2b Vzdělání u zdravotních sester a učitelek SZdŠ

Vzdělání	zdravotní sestry					učitelky SZdŠ				
	vyučené	střední	vyšší	Bc.	Mgr.	vyučené	střední	vyšší	Bc.	Mgr.
Abs. počet	0	33	16	1	0	0	6	4	11	29
Celkem	50					50				
Relativní počet v %	0	66	32	2	0	0	12	8	22	58
Celkem v %	100					100				

Komentář: 78% prodavaček bylo vyučeno a 22% mělo střední vzdělání.
 36% učitelek MŠ a ZŠ mělo střední vzdělání, 6% vyšší odborné, 4% bakalářské studium a 54% magisterské studium.
 66% zdravotních sester mělo střední vzdělání, 32% vyšší odborné a 2% bakalářské.
 12% odborných učitelek na SZdŠ mělo střední vzdělání, 8% vyšší odborné a 22% bakalářské, 56% magisterské a 2% doktorandské vzdělání.

3. Zaměstnání

Graf č. 3 Zaměstnání respondentek



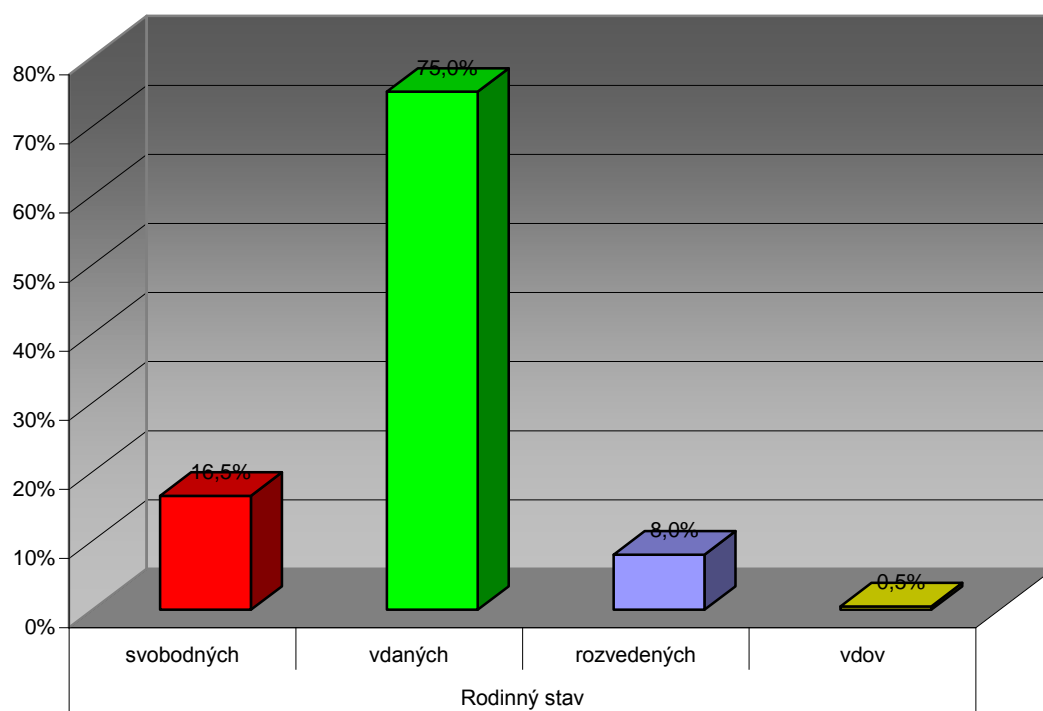
Tabulka č. 3 Zaměstnání respondentek

Zaměstnání	prodavačky	Učitelky ZŠ, MŠ	Zdravotní sestry	Učitelky SZdŠ
Abs. Počet	50	50	50	50
Celkem	200			
Relativní počet v %	25	25	25	25
Celkem v %	100			

Komentář: Respondenty jsem vybírala cíleně podle zaměstnání. Výzkum jsem provedla u 50 prodavaček, 50 učitelek MŠ, ZŠ, 50 zdravotních sester a u 50 odborných učitelek na SZdŠ.

4. Rodinný stav

Graf č. 4 Rodinný stav respondentek



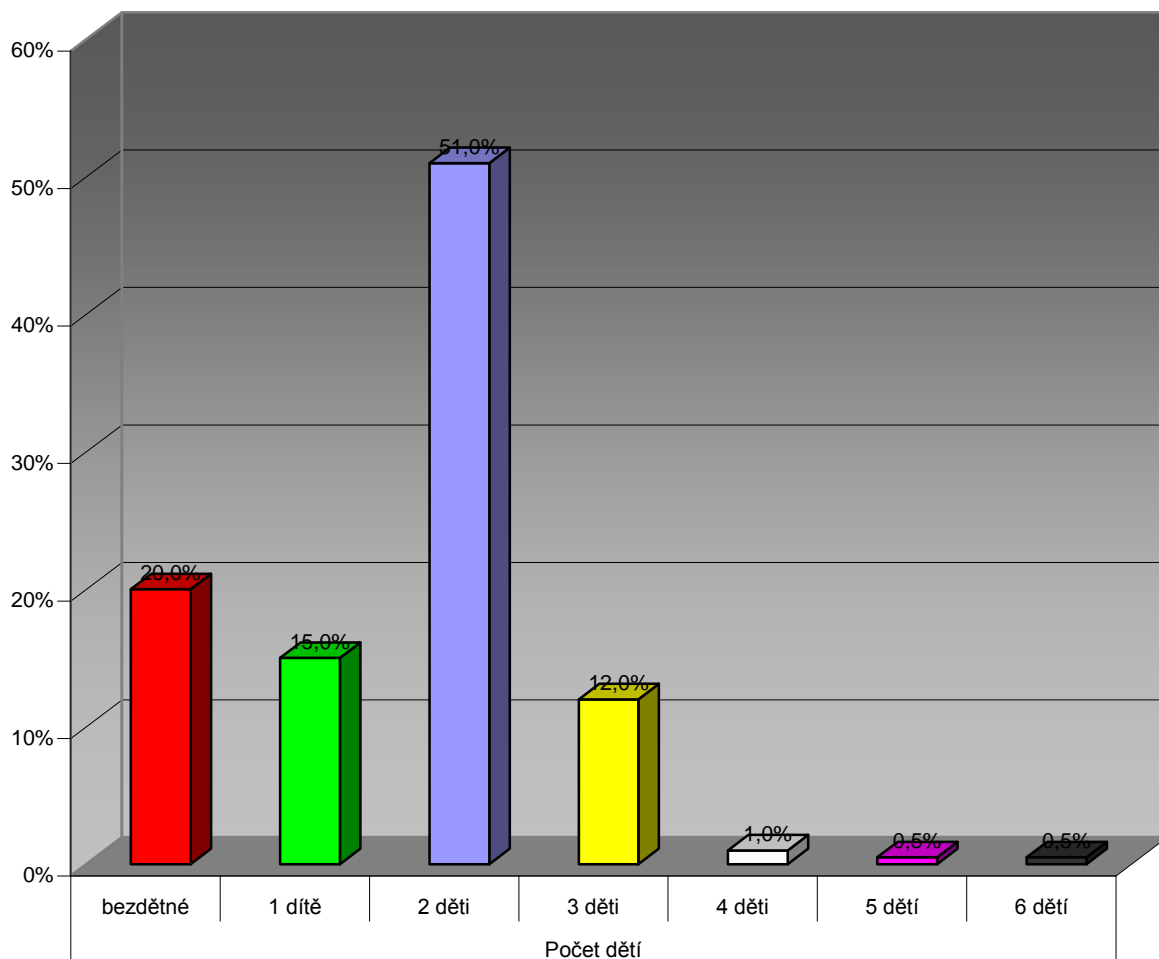
Tabulka č. 4 Rodinný stav respondentek

Rodinný stav	svobodných	vdaných	rozvedených	vdov
Abs. Počet	33	150	16	1
Celkem	200			
Relativní počet v %	16,5	75	8	0,5
Celkem v %	100			

Komentář: Svobodných respondentek bylo 16,5%, vdaných 75%, rozvedených 8% a 0,5% bylo vdov.

5. Počet dětí

Graf č. 5 Počet dětí u respondentek



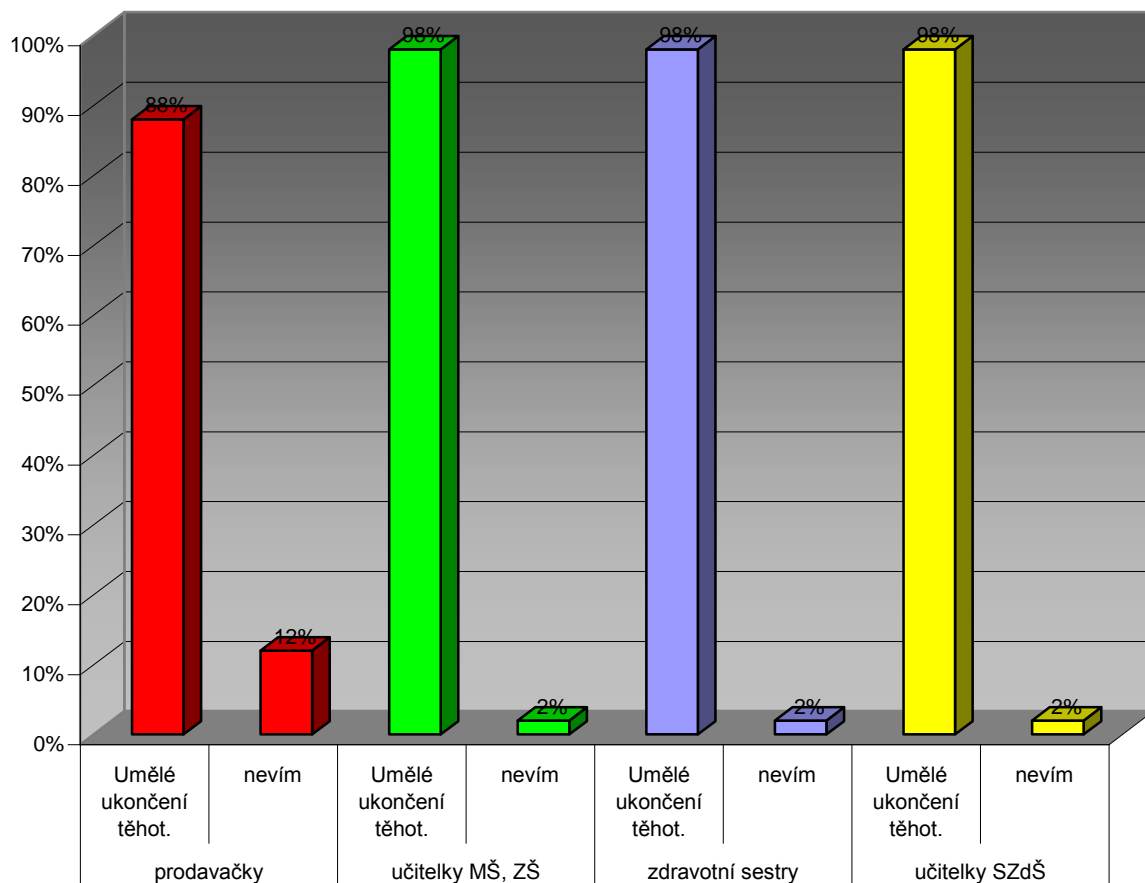
Tabulka č. 5 Počet dětí u respondentek

Počet dětí	bezdětné	1 dítě	2 děti	3 děti	4 děti	5 dětí	6 dětí
Abs. Počet	40	30	102	24	2	1	1
Celkem	200						
Relat. počet v %	20	15	51	12	1	0,5	0,5
Celkem v %	100						

Komentář: Bezdětné respondenty tvořily 20%, 1 dítě mělo 15% respondentek, 2 děti 51% respondentek, 3 děti mělo 12%, 4 děti 1% respondentek, 5 dětí mělo 0,5% respondentek a 6 dětí mělo také 0,5% respondentek.

6. Co znamená pojem interrupce?

Graf č. 6 Co znamená pojem interrupce?



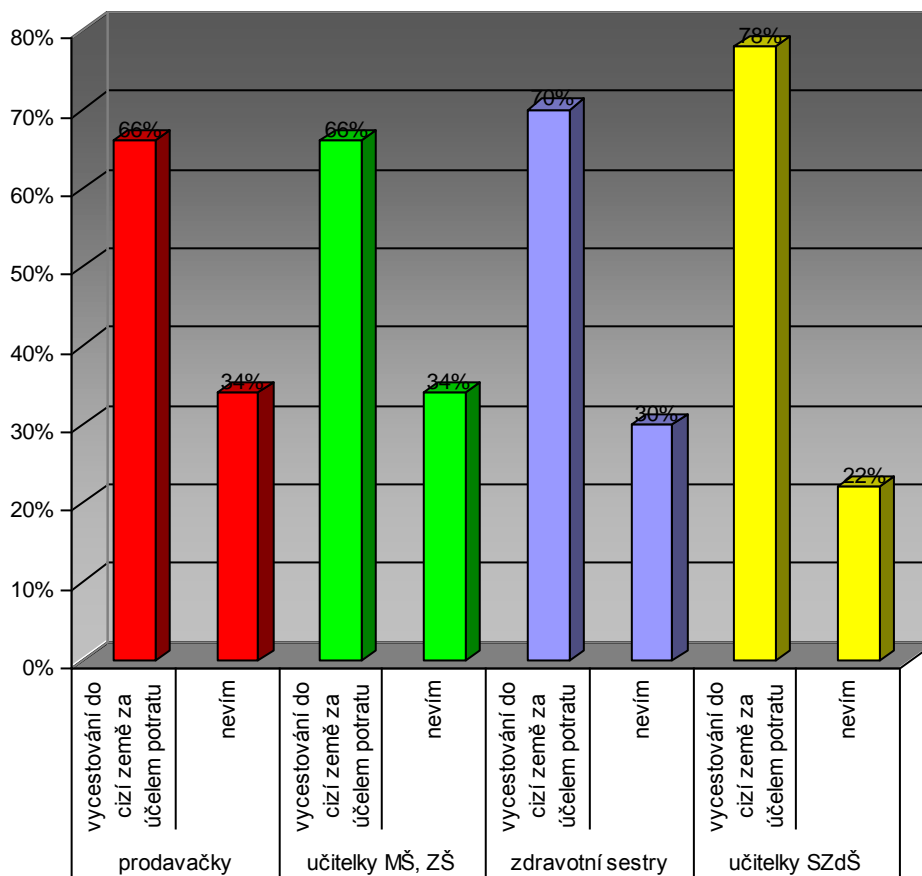
Tabulka č. 6 Co znamená pojem interrupce?

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	správně	nesprávně	správně	nesprávně	správně	nesprávně	správně	nesprávně
Abs. počet	44	6	49	1	49	1	49	1
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	88	12	98	2	98	2	98	2
Celkem	100		100		100		100	

Komentář: 98% učitelek MŠ, ZŠ, zdravotních sester a učitelek SZdŠ znalo pojem interrupce. U prodavaček správně odpovědělo 88% respondentů. Nejčastěji uváděné odpovědi byly umělé přerušení těhotenství a umělé ukončení těhotenství.

7. Co rozumíte pod pojmem „potratová turistika“?

Graf č. 7 Co rozumíte pod pojmem „ potratová turistika“



Tabulka č. 7 Co rozumíte pod pojmem „ potratová turistika“

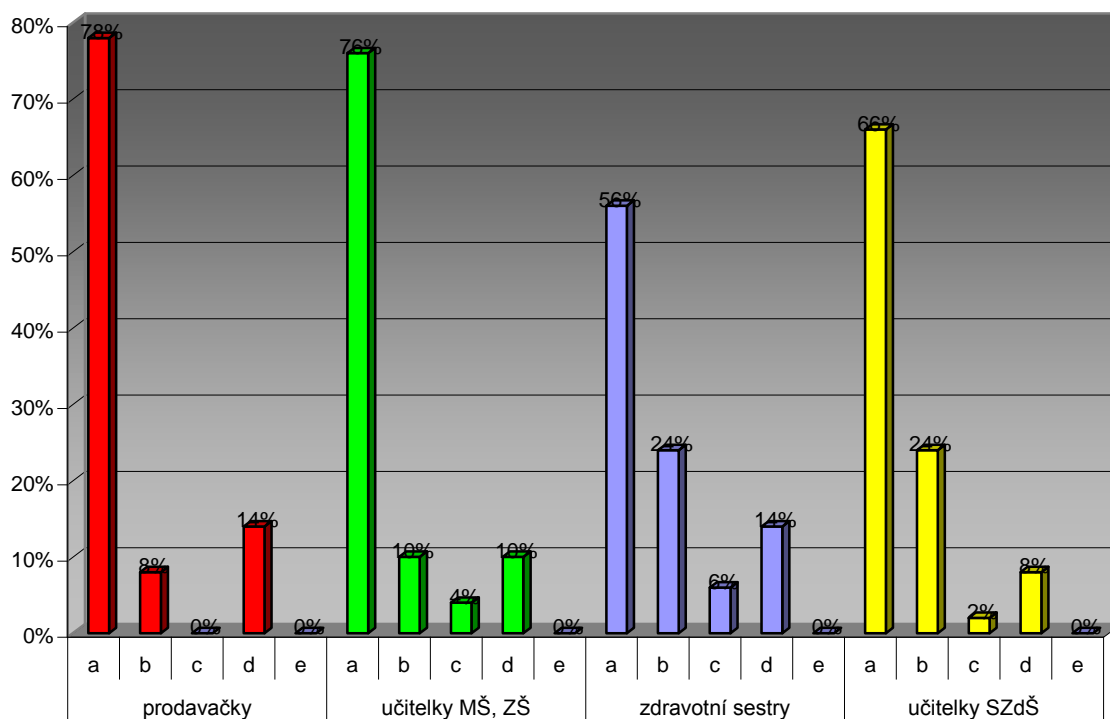
	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	správně	nesprávně	správně	nesprávně	správně	nesprávně	správně	nesprávně
Abs. počet	33	17	33	17	35	15	39	11
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	66	34	66	34	70	30	78	22
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Pojem potratová turistika znalo 78% učitelek SZdŠ, 70% zdravotních sester, stejně 66% učitelek MŠ, ZŠ a prodavaček.

8. Kdy podle Vás začíná lidský život?

- a) ihned po splnutí vajíčka a spermie
- b) při první znatelné srdeční činnosti embrya zaznamenané na EKG
- c) od prvních pohybů, které matka pociťuje
- d) narozením dítěte
- e) dobou, kdy dítě začne samostatně myslet

Graf č. 8 Kdy začíná lidský život?



Tabulka č. 8 Kdy začíná lidský život?

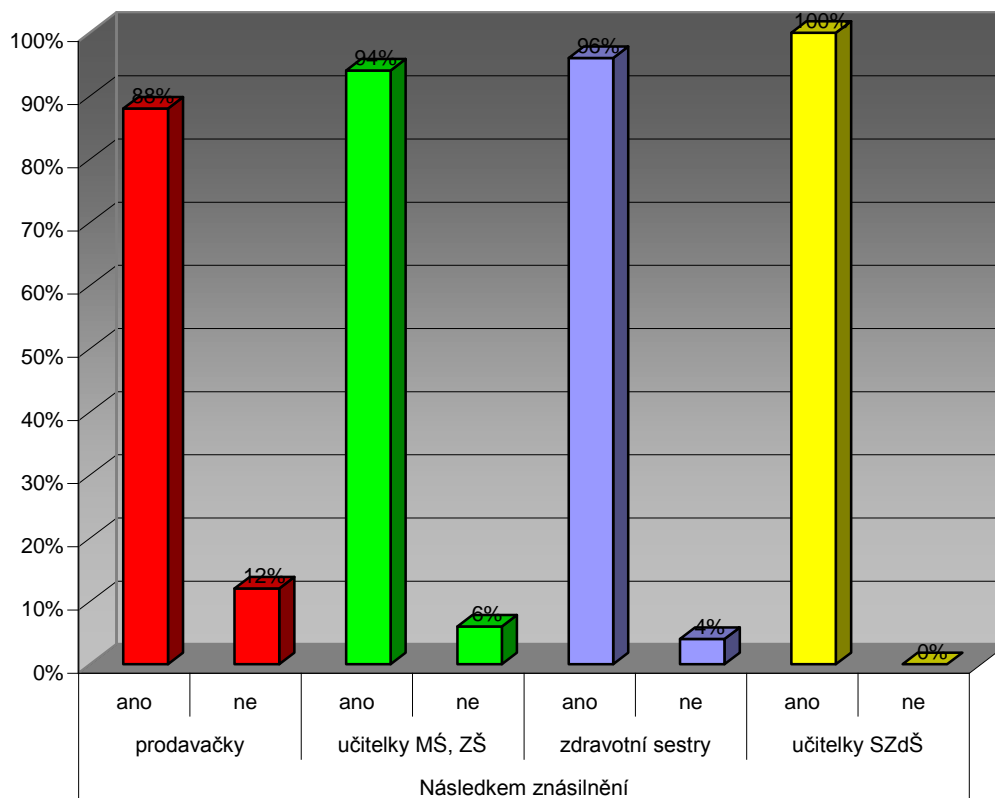
	Prodavačky					Učitelky MŠ, ZŠ					Zdravotní sestry					Učitelky SZdŠ				
	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e	a	b	c	d	e
Abs. počet	39	4	0	7	0	38	5	2	5	0	28	12	3	7	0	33	12	1	4	0
Celkem	50					50					50					50				
Relat. počet v %	78	8	0	14	0	76	10	4	10	0	56	24	6	14	0	66	24	2	8	0
Celkem v %	100					100					100					100				

Komentář: Prodavačky v 78% označily začátek života ihned po splnutí vajíčka a spermie, v 76% takto odpověděly učitelky MŠ,ZŠ, v 66% učitelky SZdŠ a 56% zdravotní sestry.

9. V jakém případě byste interrupci povolila?

a) těhotenství následkem znásilnění

Graf č. 9a Těhotenství následkem znásilnění



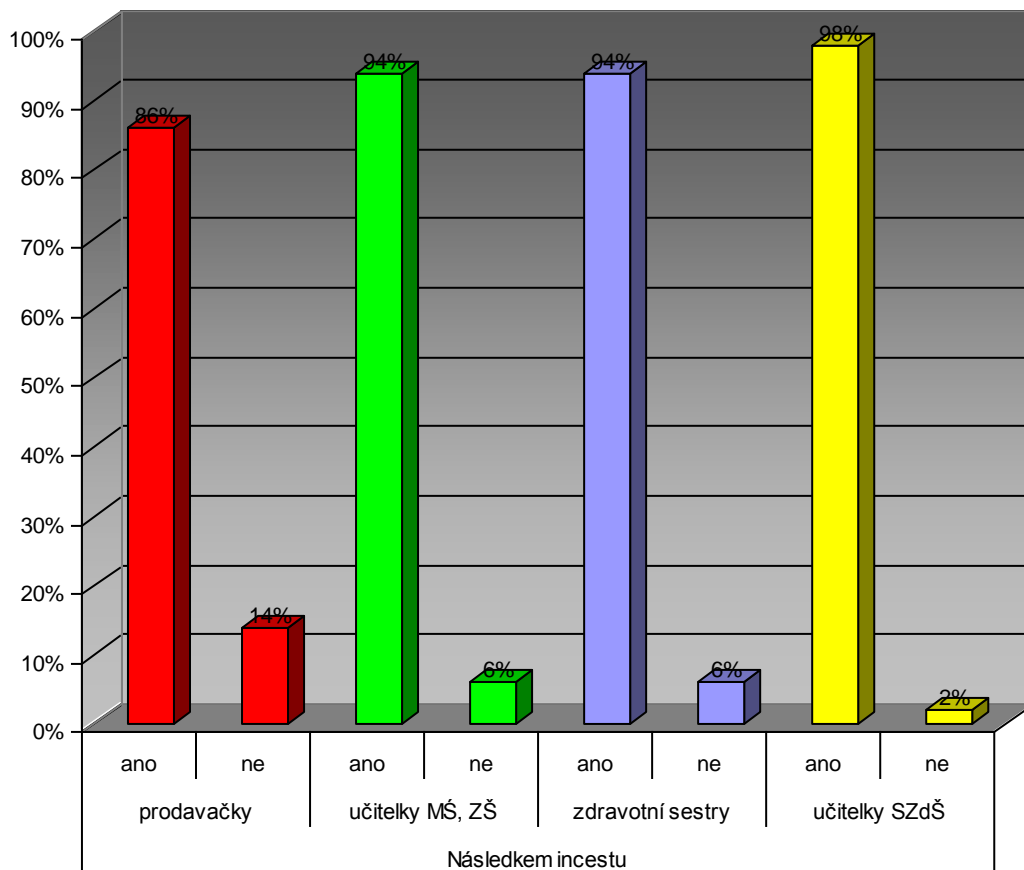
Tabulka č. 9 Těhotenství následkem znásilnění

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	44	6	47	3	48	2	50	0
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	88	12	94	6	96	4	100	0
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Ukončení těhotenství vzniklé po znásilnění by povolilo 100% učitelek SZdŠ, 96% zdravotních sester, 94% učitelek MŠ,ZŠ, 88% prodavaček.

- b) těhotenství následkem incestu
(= pohlavní styk mezi nejbližšími pokrevními příbuznými)

Graf č. 9b Těhotenství následkem incestu



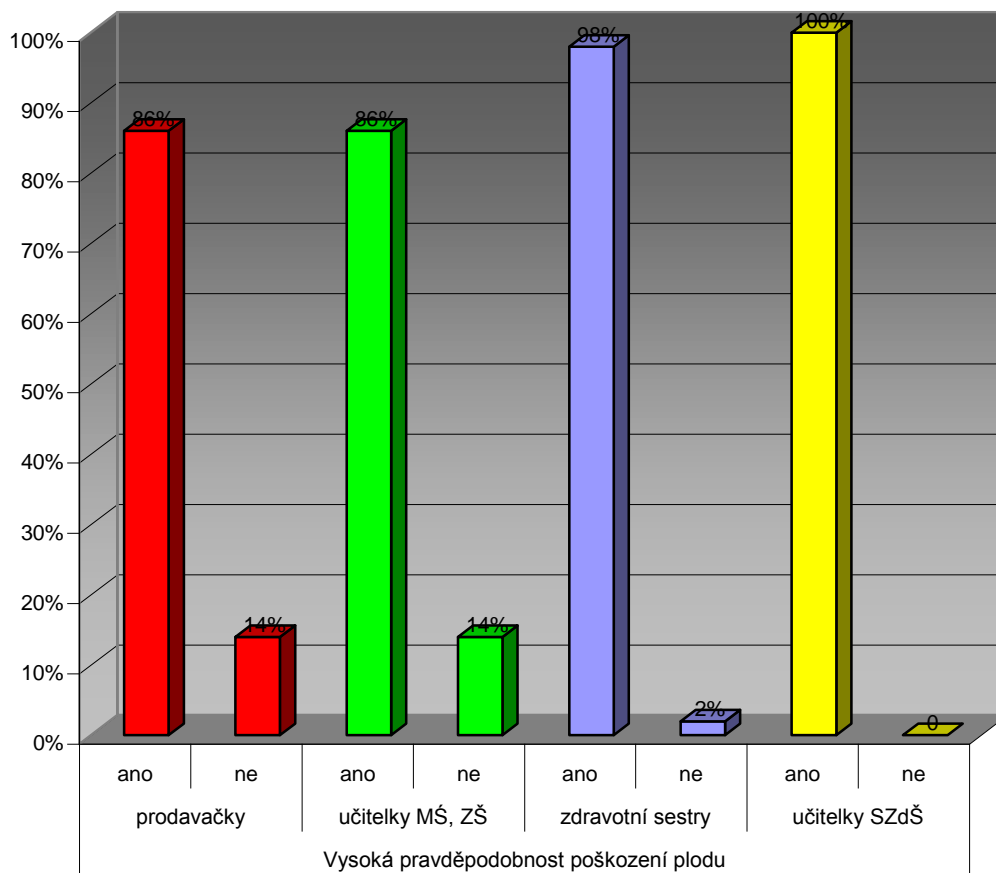
Tabulka č. 9b Těhotenství následkem incestu

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	43	7	47	3	47	3	49	1
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	86	14	94	6	94	6	98	2
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Ukončení těhotenství po incestu by povolilo 98% učitelek SZdŠ, 94% zdravotních sester, 94% učitelek MŠ,ZŠ a 86% prodavaček.

c) vysoká pravděpodobnost poškození plodu

Graf č. 9c Vysoká pravděpodobnost poškození plodu



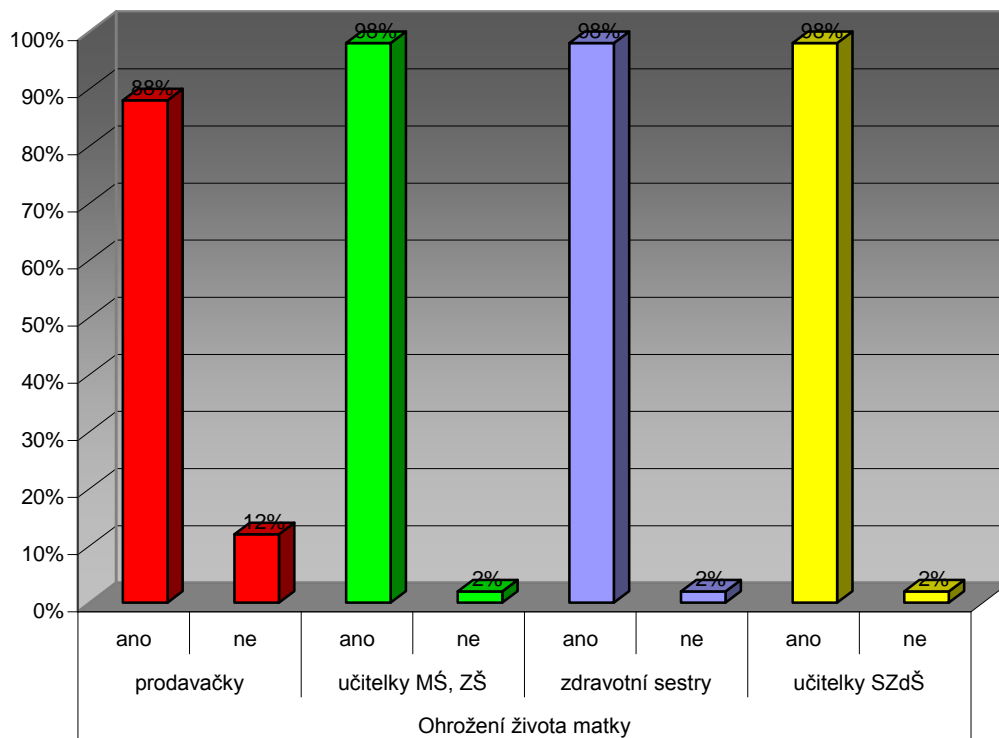
Tabulka č. 9c Vysoká pravděpodobnost poškození plodu

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	43	7	43	7	49	1	50	0
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	86	14	86	14	98	2	100	0
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Ukončení těhotenství v případech vysoké pravděpodobnosti poškození plodu by povolilo 100% učitelek SZdŠ, 98% zdravotních sester, prodavačky a učitelky MŠ, ZŠ shodně 86%.

d) ohrožení života matky

Graf č. 9d Ohrožení života matky



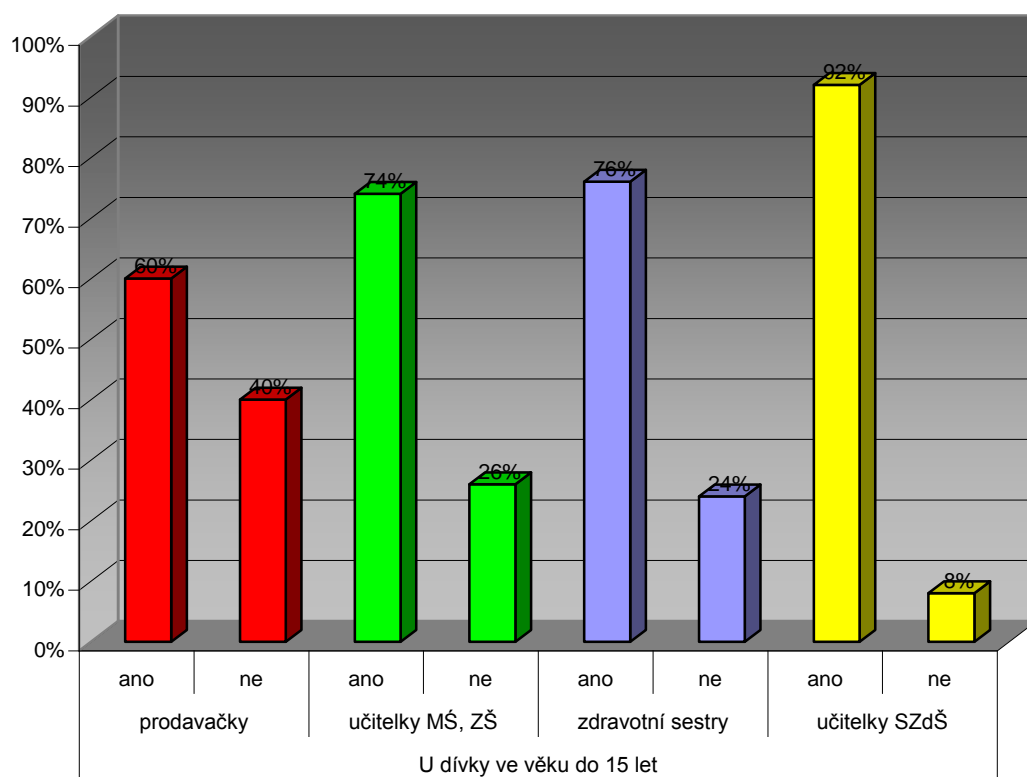
Tabulka č. 9d Ohrožení života matky

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	44	6	49	1	49	1	49	1
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	88	12	98	2	98	2	98	2
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Ukončení těhotenství v případech ohrožení života matky by povolilo 98% učitelek SZdŠ, zdravotních sester, učitelek MŠ, ZŠ, a 88% prodavaček.

e) u dívky ve věku do 15 let

Graf č. 9e U dívky ve věku do 15 let



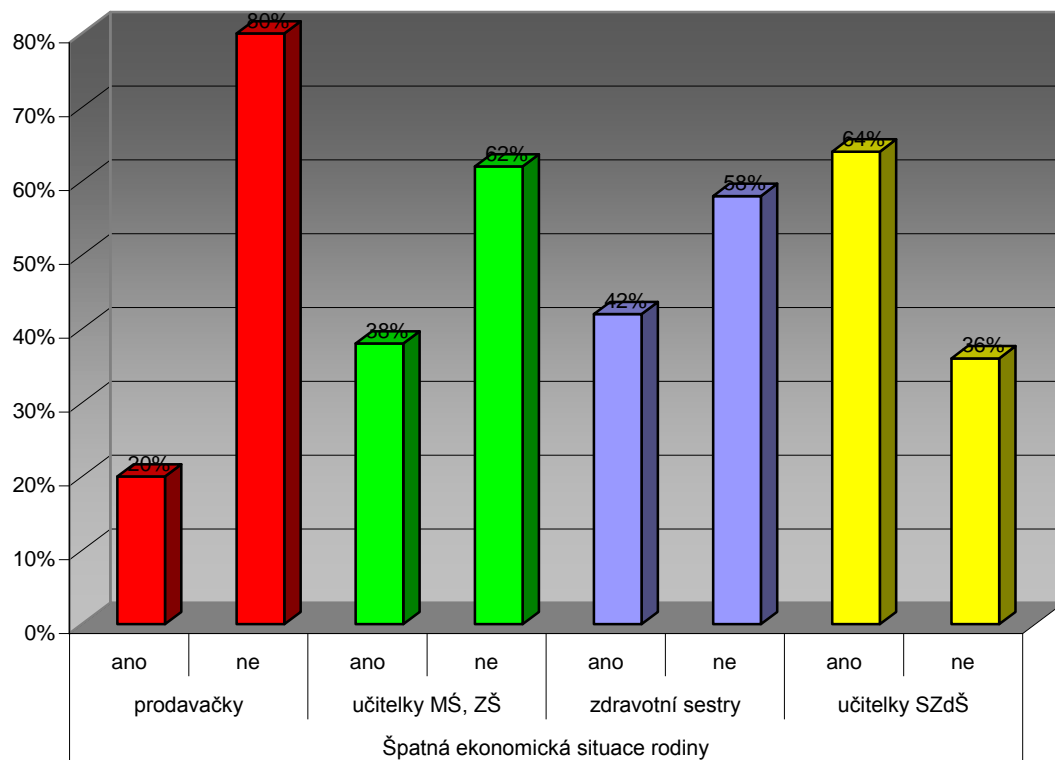
Tabulka č. 9e U dívky ve věku do 15 let

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	Ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	30	20	37	13	38	12	46	4
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	60	40	74	26	76	24	92	8
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Ukončení těhotenství u dívek do 15 let by povolilo 92% učitelek SZdŠ, 76% zdravotních sester, 74% učitelek MŠ, ZŠ a 60% prodavaček.

f) špatná ekonomická situace rodiny

Graf č. 9f Špatná ekonomická situace rodiny



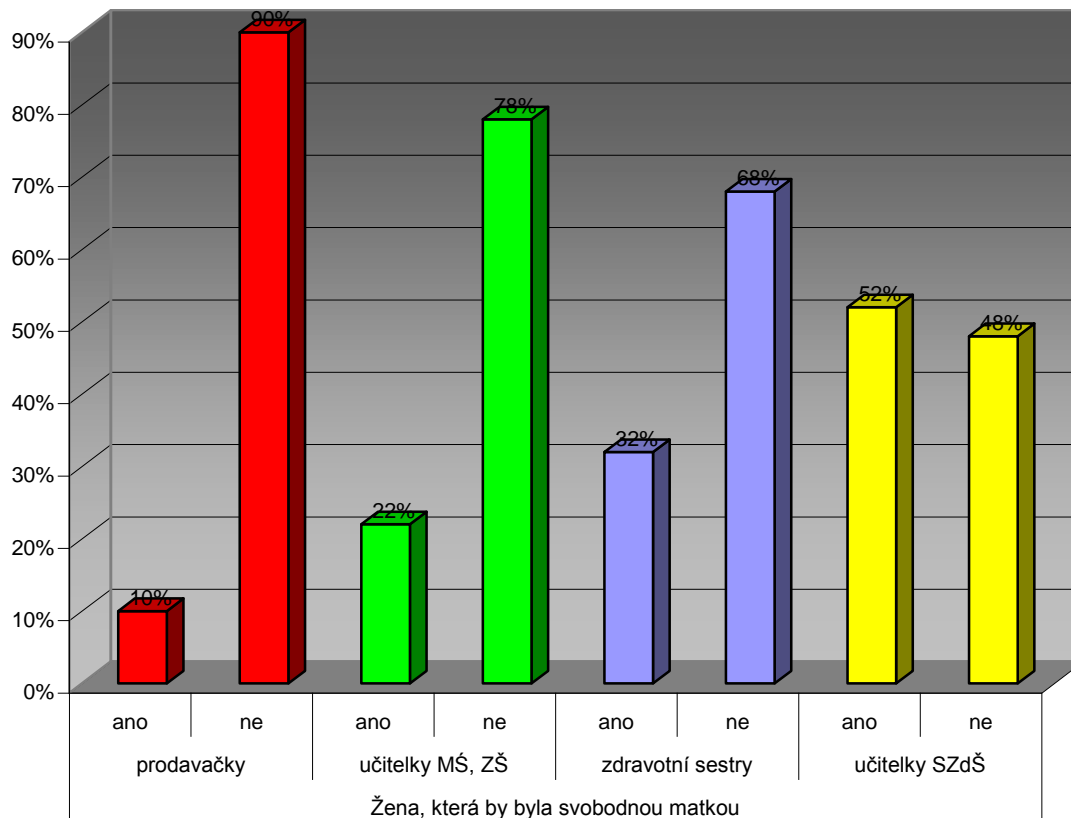
Tabulka č. 9f Špatná ekonomická situace rodiny

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	10	40	19	31	21	29	32	18
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	20	80	38	62	42	58	64	36
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Ukončení těhotenství v případech špatné ekonomické situace rodiny by povolilo 64% učitelek SZdŠ, 42% zdravotních sester, 38% učitelek MŠ,ZŠ a 20% prodavaček.

g) žena, která by byla svobodnou matkou

Graf č. 9g Žena, která by byla svobodnou matkou



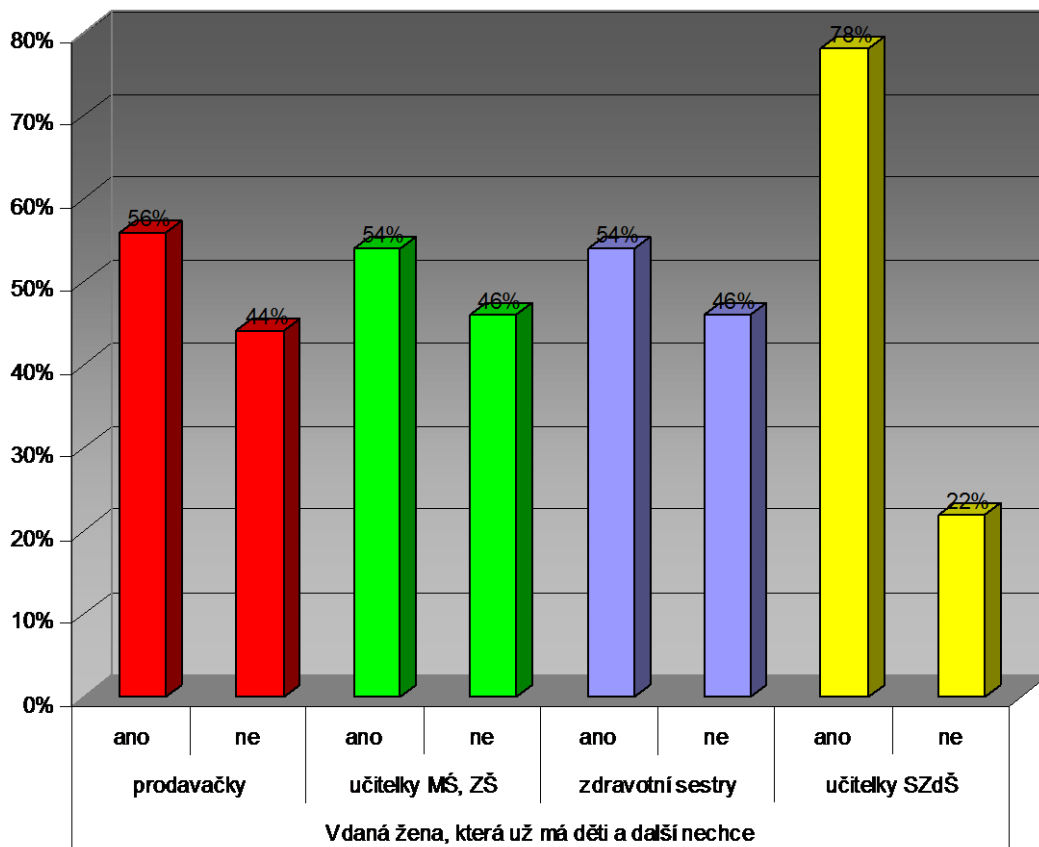
Tabulka č. 9g Žena, která by byla svobodnou matkou

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	5	45	11	39	16	34	26	24
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	10	90	22	78	32	68	52	48
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Ukončení těhotenství v případech žen, které by se staly svobodnými matkami, by interrupci povolilo 52% učitelek SZdŠ, 32% zdravotních sester, 22% učitelek MŠ,ZŠ a 10% prodavaček.

h) žena, která již má děti a už další nechce

Graf č. 9h Žena, která již má děti a už další nechce



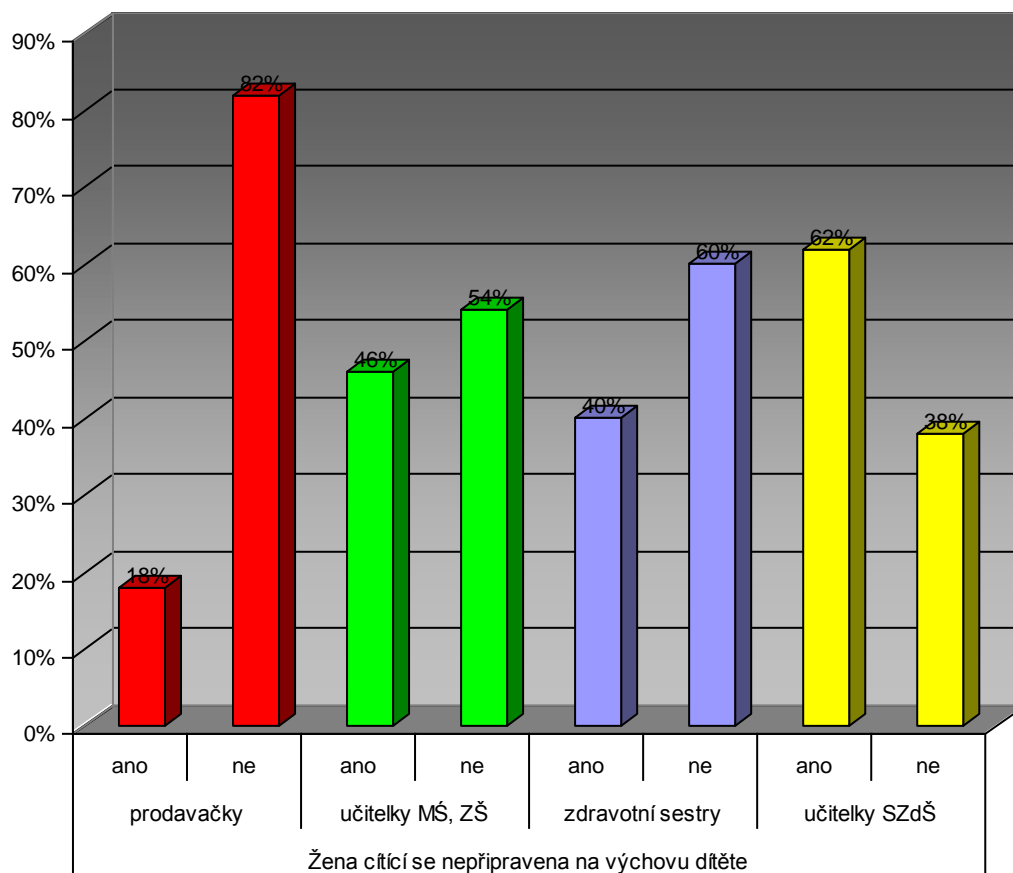
Tabulka č. 9h Žena, která již má děti a už další nechce

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	28	22	27	23	27	23	39	11
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	56	44	54	46	54	46	78	22
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Interrupci v případech žen, které již mají děti a další už nechtějí, by pololilo 78% učitelek SZdŠ, 56% prodavaček a stejně 54% odpověděly zdravotní sestry a učitelky MŠ,ZŠ.

i) žena cítící se nepřipravena na výchovu dítěte

Graf č. 9i Žena cítící se nepřipravena na výchovu dítěte



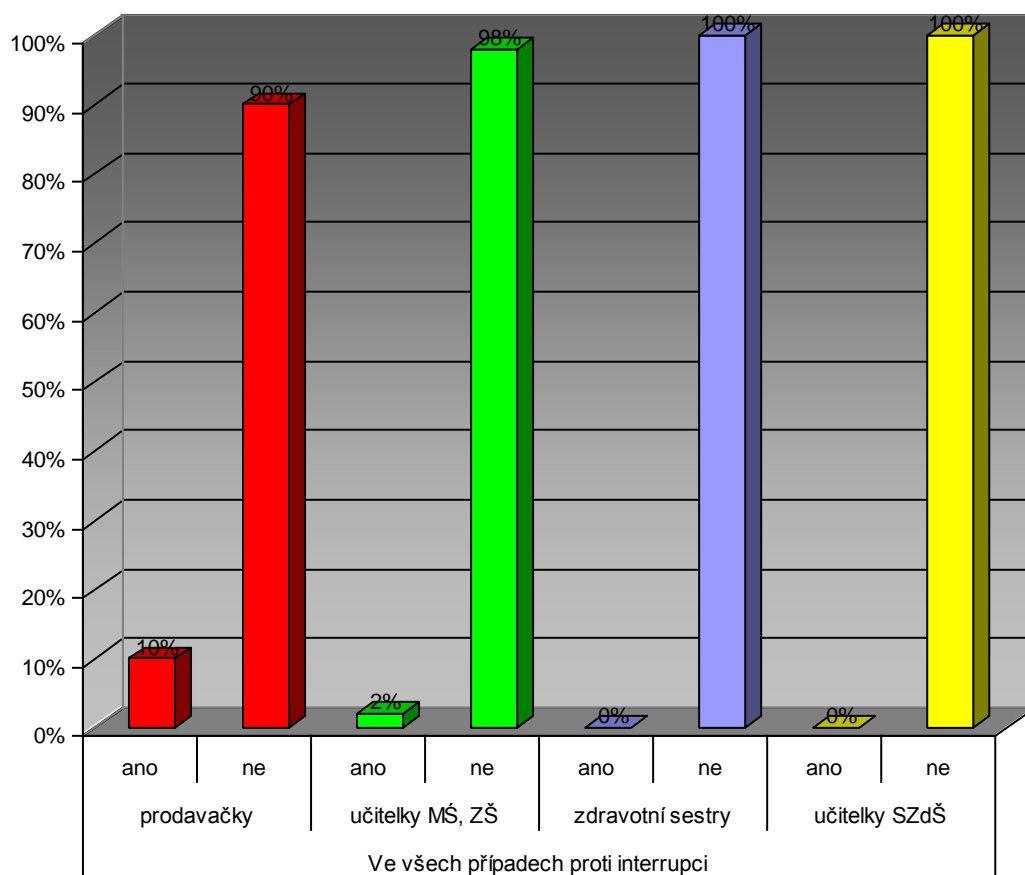
Tabulka č. 9i Žena cítící se nepřipravena na výchovu dítěte

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	9	41	23	27	20	30	31	19
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	18	82	46	54	40	60	62	38
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: U žen cítících se nepřipravenými na výchovu dětí by interrupci povolilo 62% učitelek SZdŠ, 46% učitelek MŠ,ZŠ, 40% zdravotních sester a 18% prodavaček.

j) ve všech případech proti interrupci

Graf č. 9j Ve všech případech proti interrupci



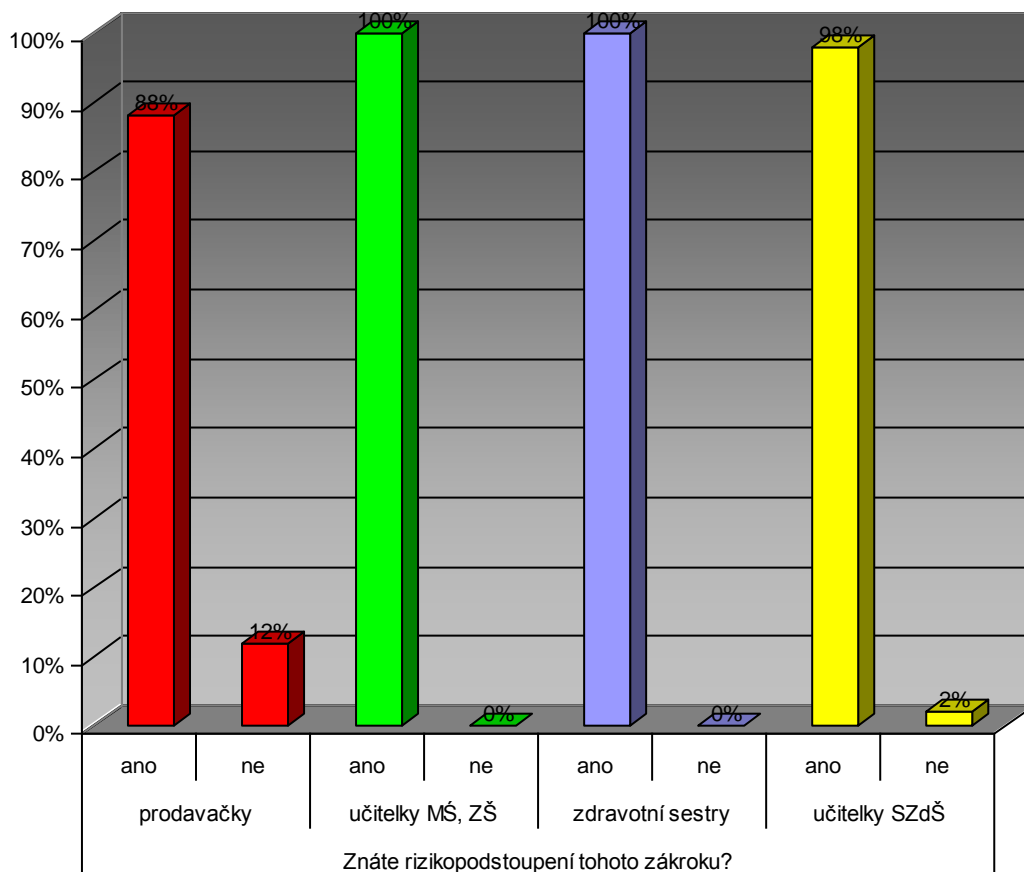
Tabulka č. 9j Ve všech případech proti interrupci

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	5	45	1	49	0	50	0	50
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	10	90	2	98	0	100	0	100
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Ve všech případech proti interrupci odpovědělo 10% prodavaček, 2% učitelek MŠ,ZŠ a ani jedna ze zdravotních sester a učitelek SZdŠ.

10. Znáte rizika podstoupení tohoto zákroku?
Pokud ano – uveďte alespoň jedno riziko.

Graf č. 10 Znalost rizik interrupce



Tabulka č. 10 Znalost rizik interrupce

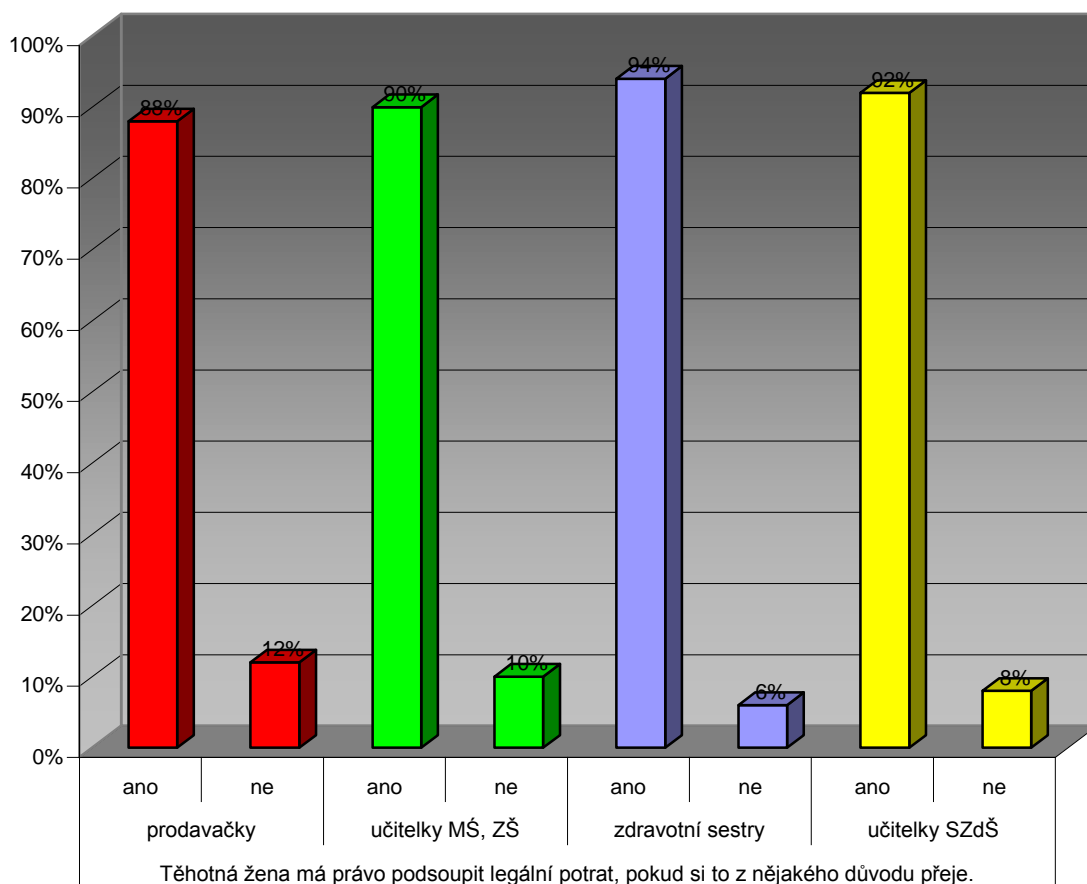
	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	44	6	50	0	50	0	49	1
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	88	12	100	0	100	0	98	2
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Alespoň jedno riziko podstoupení interrupce znalo 100% zdravotních sester, 100% učitelek MŠ, ZŠ, 98% učitelek SZdŠ a 88% prodavaček. Nejčastější uváděná komplikace byla neplodnost.

11. Souhlasíte s tvrzením?

a) Těhotná žena má právo podstoupit legální potrat, pokud si to z nějakého důvodu přeje.

Graf č. 11a Těhotná žena má právo podstoupit legální potrat, pokud si to z nějakého důvodu přeje.



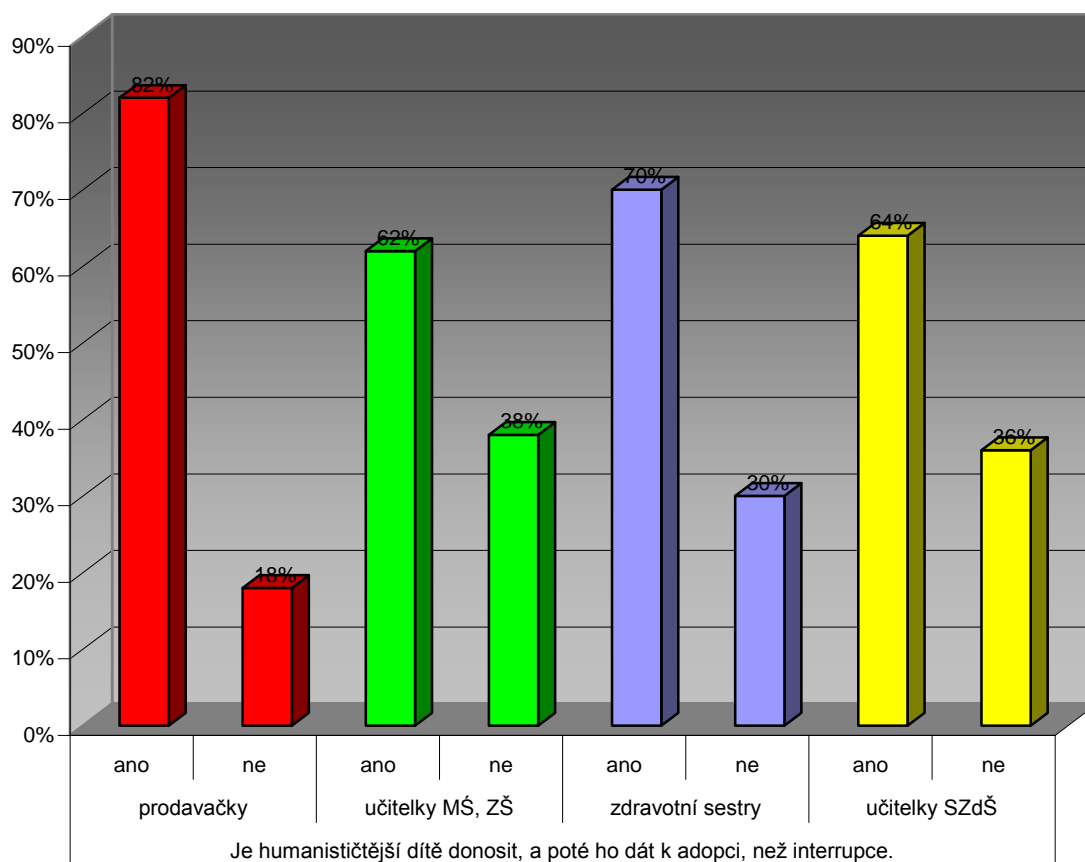
Tabulka č. 11a Těhotná žena má právo podstoupit legální potrat, pokud si to z nějakého důvodu přeje.

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	44	6	45	5	47	3	46	4
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	88	12	90	10	94	6	92	8
Celkem v %	100		100		100		100	

Komenář: Žena má právo podstoupit legální potrat, pokud si to z nějakého důvodu přeje. S tím souhlasilo 94% zdravotních sester, 92% učitelek SZdŠ, 90% učitelek MŠ,ZŠ a 88% prodavaček.

b) Je humanističtější dítě donosit a poté ho dát k adopci než interrupce.

Graf č. 11b Je humanističtější dítě donosit, a poté ho dát k adopci, než interrupce.



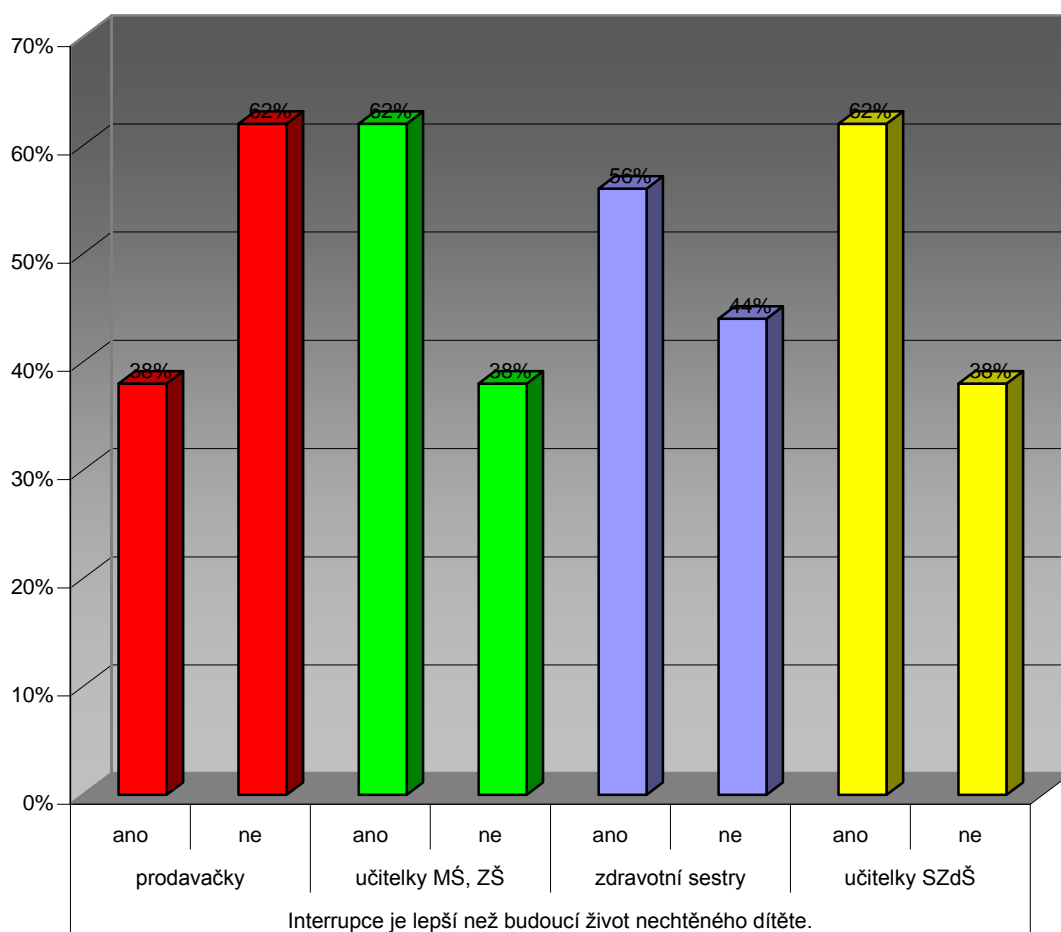
Tabulka č. 11b Je humanističtější dítě donosit, a poté ho dát k adopci, než interrupce.

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	41	9	31	19	35	15	32	18
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	82	18	62	38	70	30	64	36
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Je humanističtější dítě donosit, a poté ho dát k adopci, než interrupce. S tím souhlasilo 82% prodavaček, 70% zdravotních sester, 64% učitelek SZdŠ a 62% učitelek MŠ,ZŠ.

c) Interrupce je lepší než budoucí život nechtěného dítěte.

Graf č. 11c Interrupce je lepší než budoucí život nechtěného dítěte.



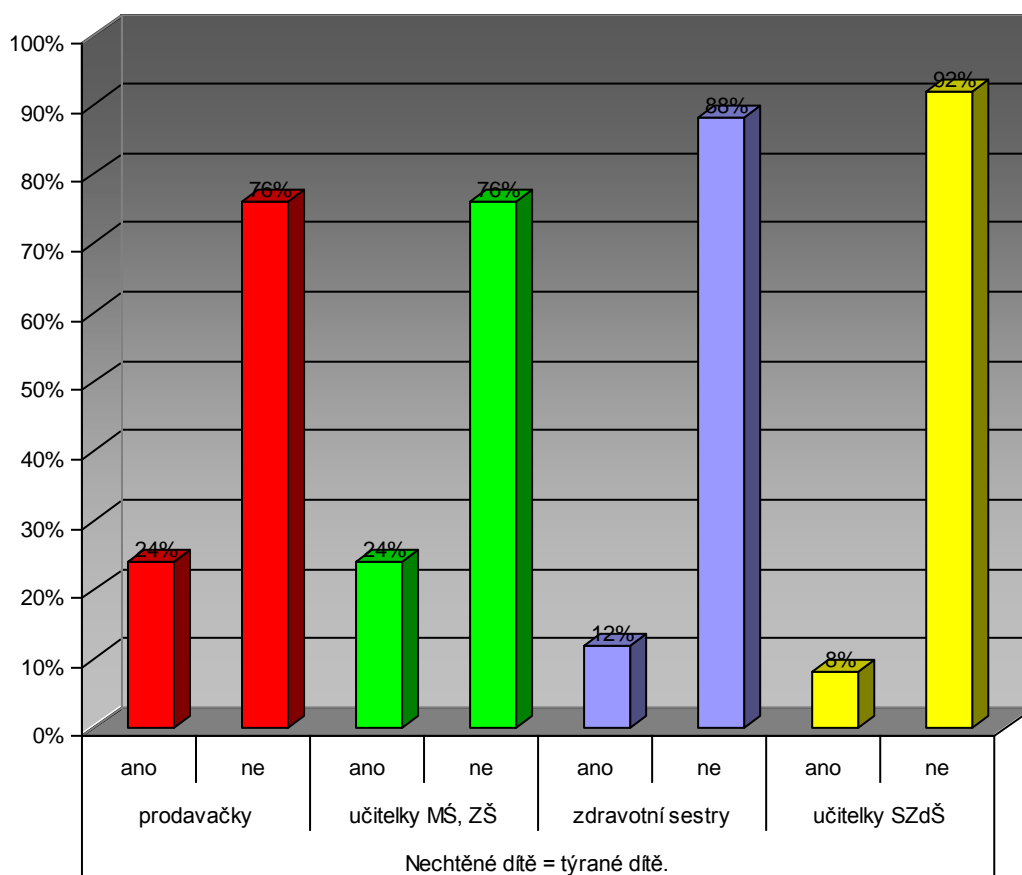
Tabulka č. 11c Interrupce je lepší než budoucí život nechtěného dítěte.

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	19	31	31	19	28	22	31	19
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	38	62	62	38	56	44	62	38
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Interrupce je lepší než budoucí život nechtěného dítěte. S tím souhlasilo 62% učitelek SZdŠ a učitelek MŠ,ZŠ, 56% zdravotních sester a 38% prodavaček.

d) Nechtěné dítě = týrané dítě

Graf č. 11d Nechtěné dítě = týrané dítě



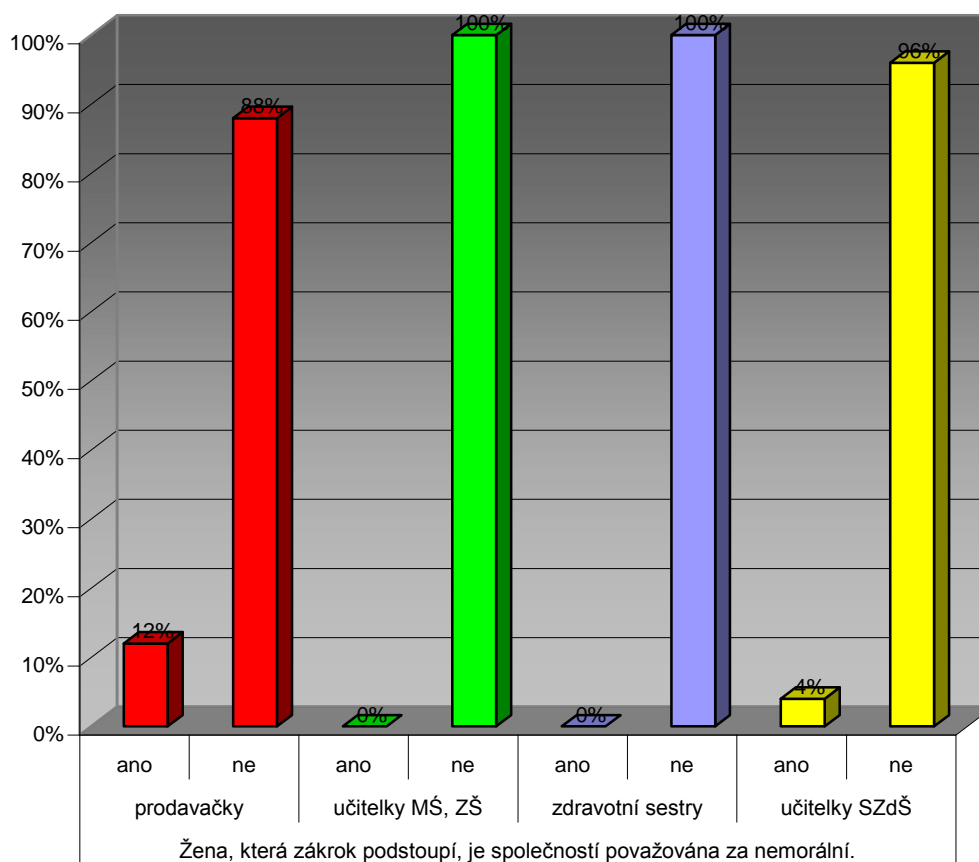
Tabulka č. 11d Nechtěné dítě = týrané dítě

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	12	38	12	38	6	44	4	46
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	24	76	24	76	12	88	8	92
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Nechtěné dítě = týrané dítě. S tím souhlasilo 24% prodavaček a učitelek MŠ,ZŠ, 12% zdravotních sester a 8% učitelek SZdŠ.

e) Žena, která zákrok podstoupí, je společností považována za nemorální.

Graf č. 11e Žena, která zákrok podstoupí, je společností považována za nemorální.



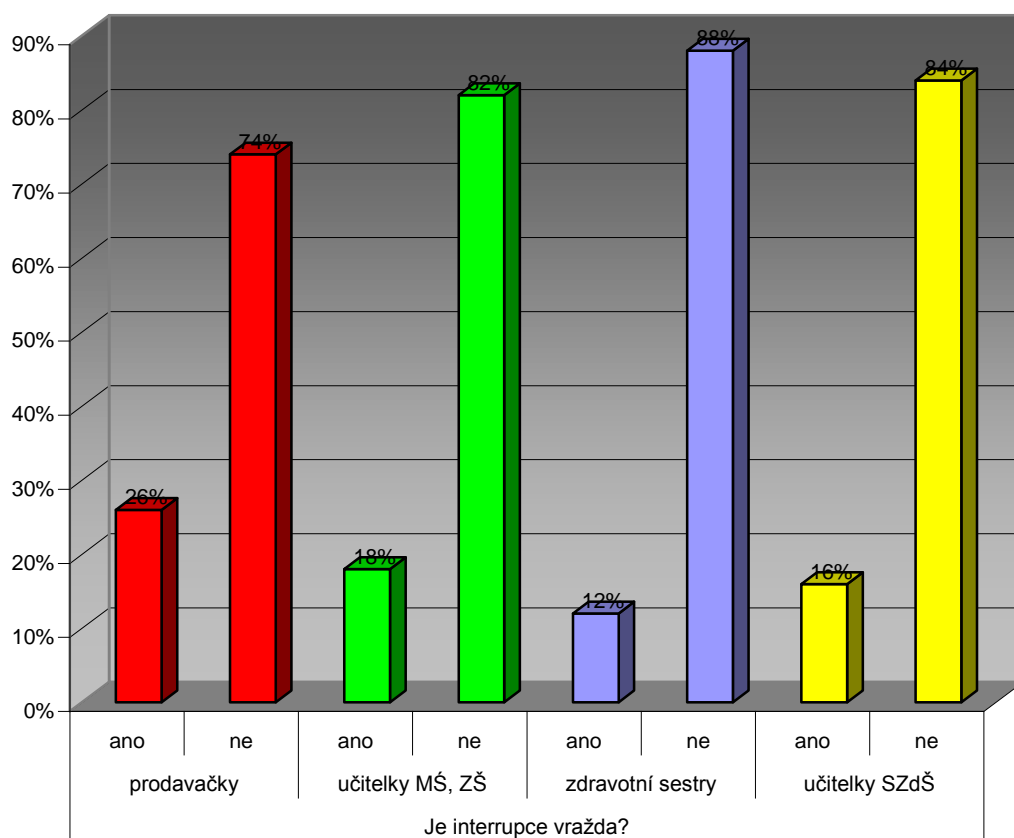
Tabulka č. 11e Žena, která zákrok podstoupí, je společností považována za nemorální

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	6	44	0	50	0	50	2	48
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	12	88	0	100	0	100	4	96
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Žena, která zákrok podstoupí, je společností považována za nemorální. S tím souhlasilo 12% prodavaček, 4% učitelek SZdŠ a žádná z učitelek MŠ,ZŠ a zdravotních sester.

12. Je interrupce vražda?

Graf: č. 12 Je interrupce vražda?



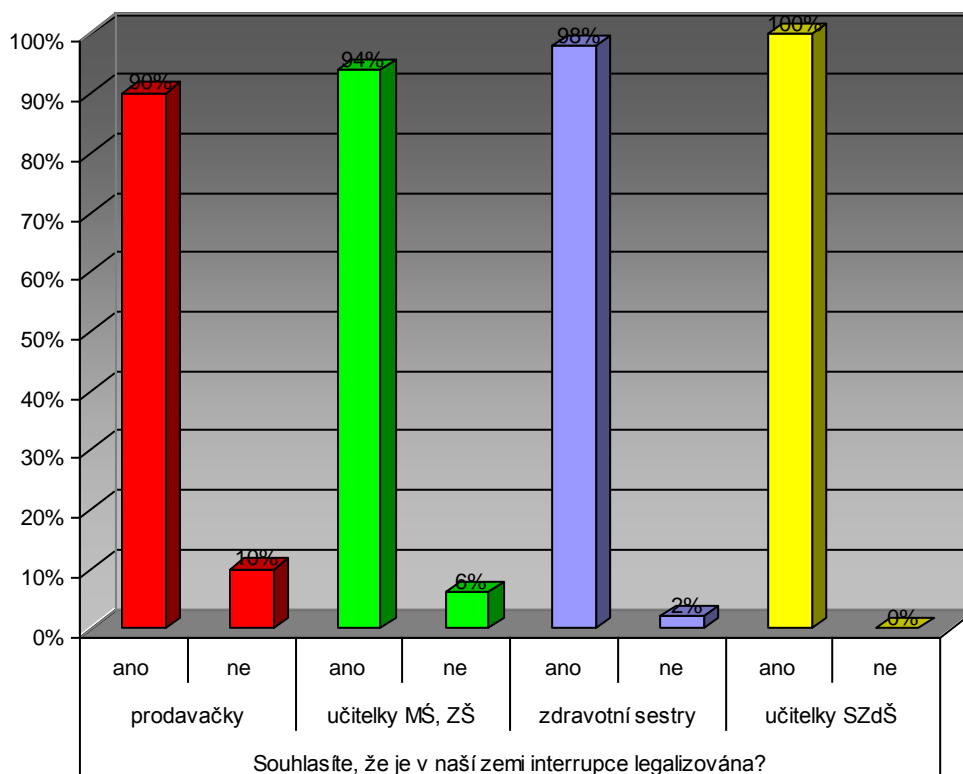
Tabulka č.12 Je interrupce vražda?

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	Ne	ano	ne
Abs. počet	13	37	9	41	6	44	8	42
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	26	74	18	82	12	88	16	84
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Na otázku zda je interrupce vražda odpovědělo ne 88% zdravotních sester, 84% učitelek SZdŠ, 82% učitelek MŠ,ZŠ a 74% prodavaček.

13. Souhlasíte, že je v naší zemi interrupce legalizovaná?

Graf č. 13 Souhlasíte, že je v naší zemi interrupce legalizovaná?



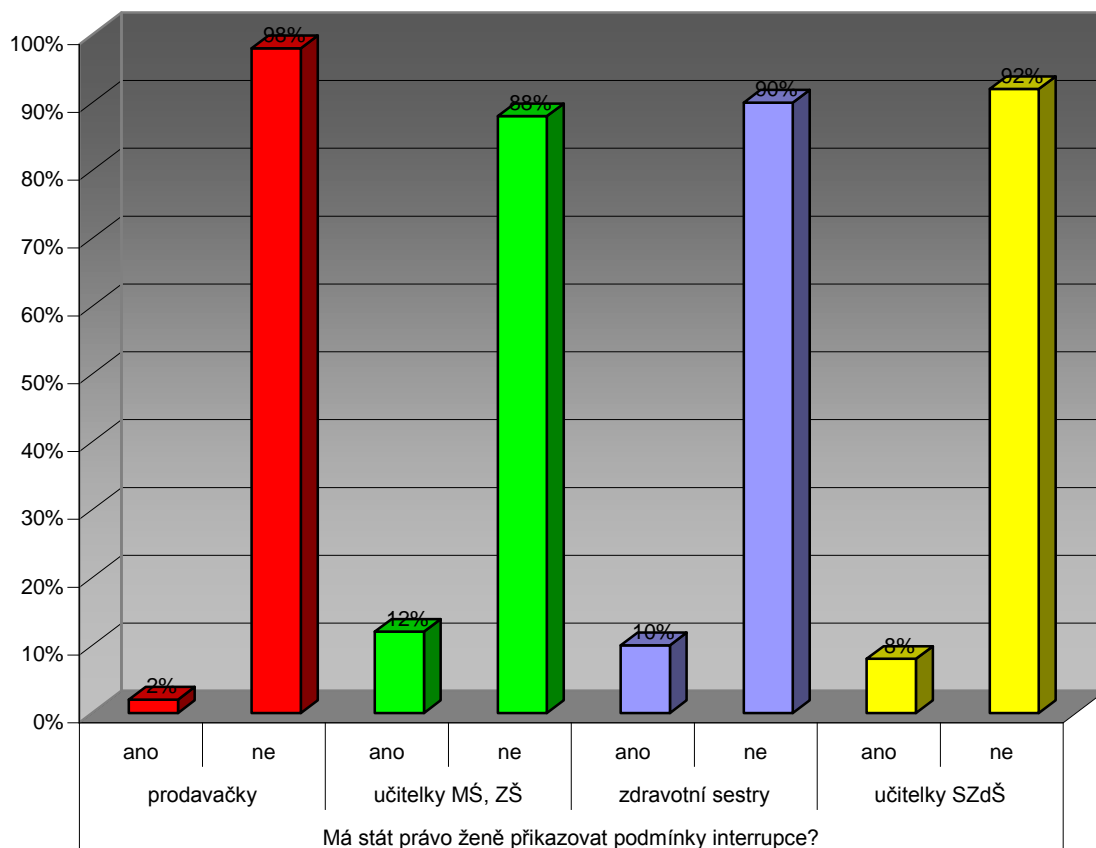
Tabulka č. 13 Souhlasíte, že je v naší zemi interrupce legalizovaná?

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	45	5	47	3	49	1	50	0
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	90	10	94	6	98	2	100	0
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: S legalizovanou interrupcí v naší zemi souhlasilo 100% učitelek SZdŠ, 98% zdravotních sester, 94% učitelek MŠ, ZŠ a 90% prodavaček.

14. Má stát právo přikazovat ženě podmínky interrupce?
(např. kdy a z jakého důvodu podstoupit zákrok...)

Graf č. 14 Má stát právo přikazovat ženě podmínky interrupce?



Tabulka č. 14 Má stát právo přikazovat ženě podmínky interrupce?

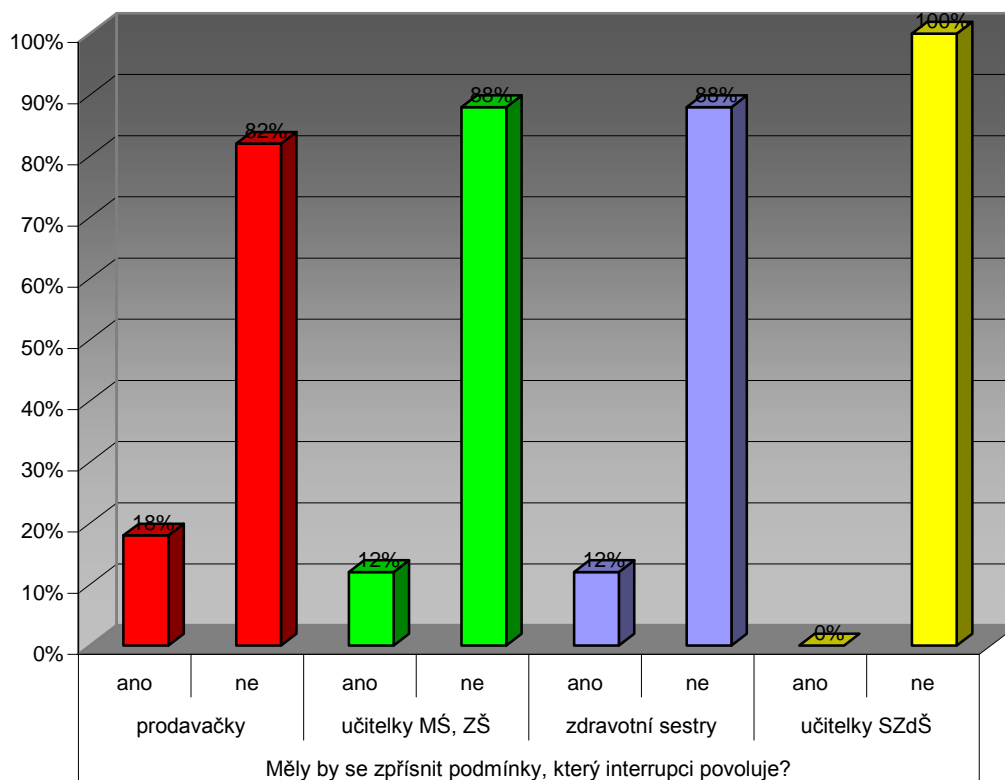
	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	1	49	6	44	5	45	4	46
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	2	98	12	88	10	90	8	92
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Stát nemá právo přikazovat ženě podmínky interrupce, takto odpovědělo 98% prodavaček, 92% učitelek SZdŠ, 90% zdravotních sester a 88% učitelek MŠ, ZŠ.

15. Měly by se zpřísnit podmínky v zákoně, který interrupci povoluje?

(Dle platného zákona č. 66/1986 Sb. může žena požádat o provedení potratu bez omezení do 12. týdne těhotenství. Do 24. týdne těhotenství je možné provést potrat z genetických důvodů. Je-li ohrožen život matky nebo je prokázáno těžké poškození nenarozeného dítěte, je povoleno těhotenství ukončit během celých devíti měsíců.)

Graf č. 15 Měly by se zpřísnit podmínky v zákoně, který interrupci povoluje?



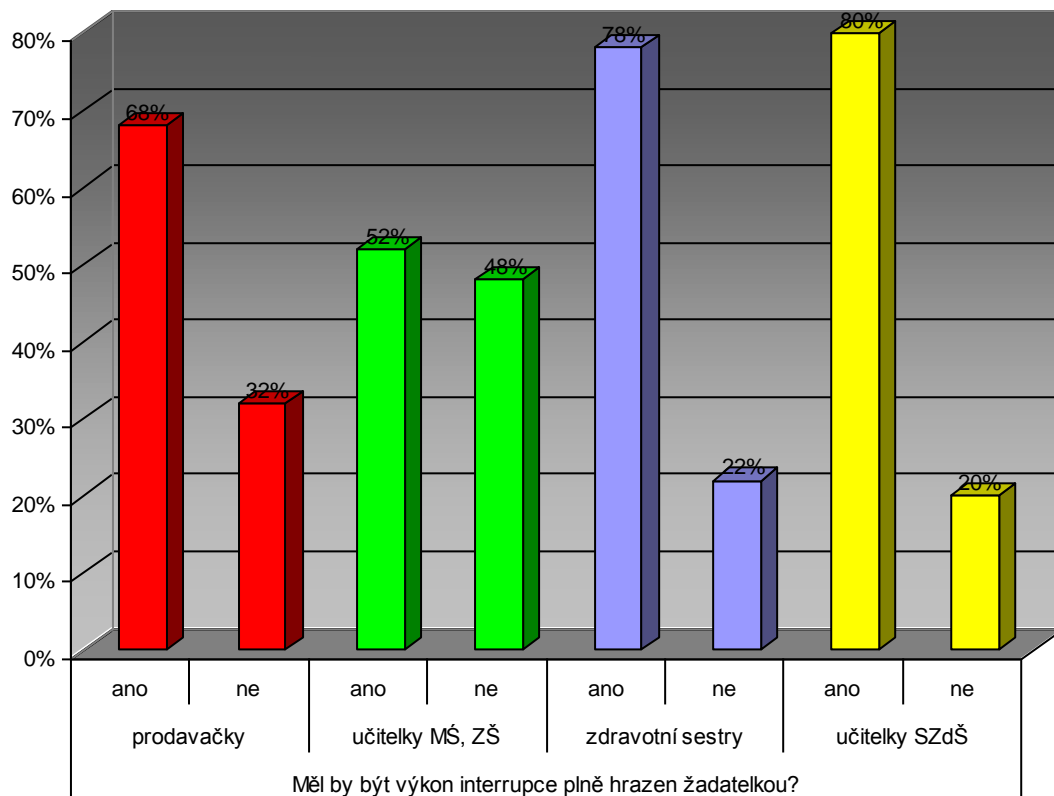
Tabulka č. 15 Měly by se zpřísnit podmínky v zákoně, který interrupci povoluje?

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	9	41	6	44	6	44	0	50
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	18	82	12	88	12	88	0	100
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Dnešní zákonem stanovené podmínky interrupce by ponechalo 100% učitelek SZdŠ, 88% zdravotních sester a učitelek MŠ, ZŠ a 82% prodavaček.

16. Měl by být výkon interrupce plně hrazen žadatelkou?
(pokud není indikován ze zdravotních důvodů např. ohrožení života matky)

Graf č. 16 Měl by být výkon interrupce plně hrazen žadatelkou?



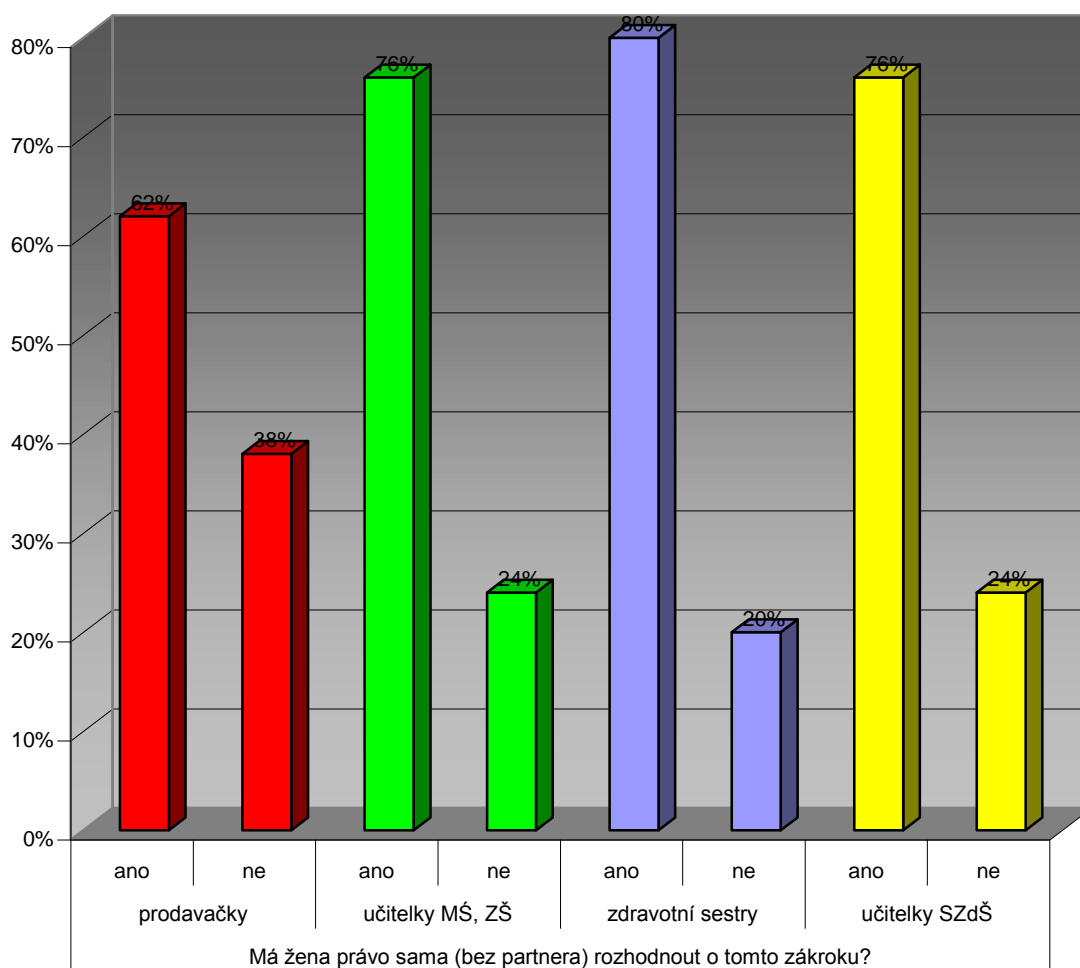
Tabulka č. 16 Měl by být výkon interrupce plně hrazen žadatelkou?

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	Ano	ne
Abs. počet	34	16	26	24	39	11	40	10
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	68	32	52	48	78	22	80	20
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: S tím, že výkon by měl být hrazen žadatelkou, pokud není prováděn ze zdravotní indikace, souhlasí 80% učitelek SZdŠ, 78% zdravotních sester, 68% prodavaček a 52% učitelek MŠ, ZŠ.

17. Má žena právo (bez partnera) rozhodnout o tomto zákroku?

Graf č. 17 Má žena právo (bez partnera) rozhodnout o tomto zákroku?



Tabulka č. 17 Má žena právo (bez partnera) rozhodnout o tomto zákroku?

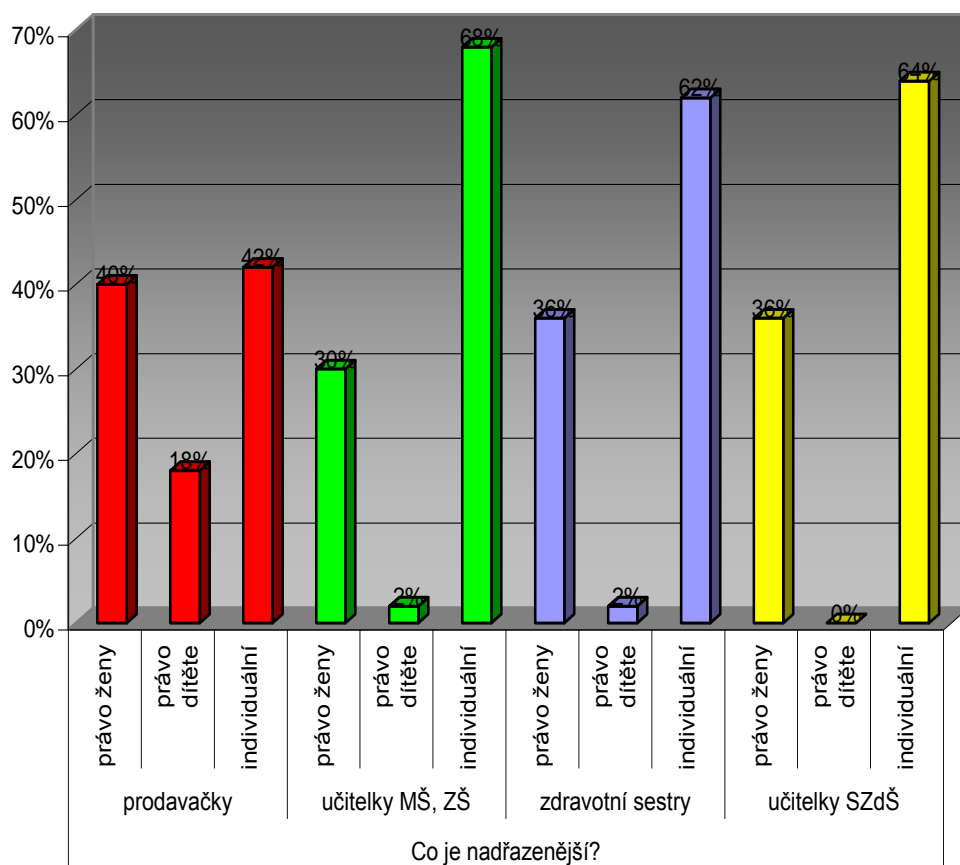
	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	31	19	38	12	40	10	38	12
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	62	38	76	24	80	20	76	24
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: Ano žena má právo bez partnera rozhodnout, zda podstoupí interrupci. Odpovědělo 80% zdravotních sester, stejně 76% učitelek MŠ, ZŠ a učitelek SZdŠ a 62% prodavaček.

18. Co je nadřazenější?

- a) právo ženy (právo matky rozhodnout o svém těle)
- b) právo dítěte (právo dítěte žít)
- c) individuální (případ od případu)

Graf č. 18 Co je nadřazenější?



Tabulka č. 18 Co je nadřazenější?

	Prodavačky			Učitelky MŠ, ZŠ			Zdravotní sestry			Učitelky SZdŠ		
	žena	dítě	ind.	žena	dítě	ind.	žena	dítě	ind.	žena	dítě	ind.
Abs. počet	20	9	21	15	1	34	18	1	31	18	0	32
Celkem	50			50			50			50		
Relat. počet v %	40	18	42	30	2	68	36	2	62	36	0	64
Celkem v %	100			100			100			100		

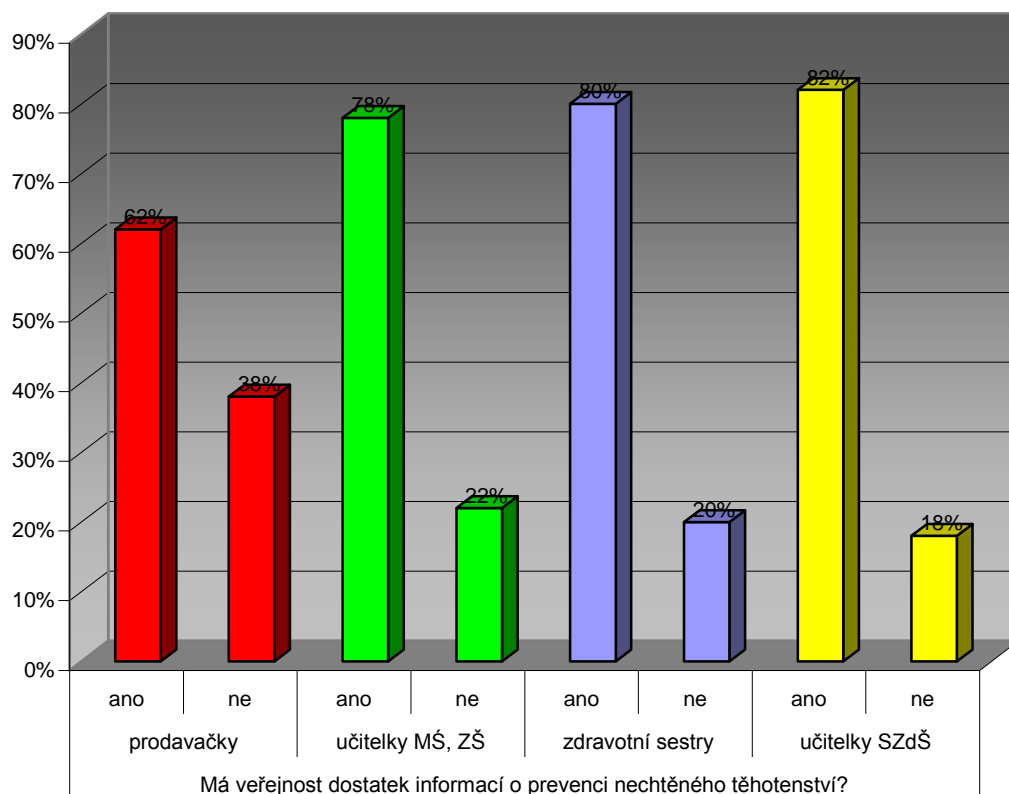
Komentář: Na otázku,co je nadřazenější, odpovědělo 64% učitelek SZdŠ, 62% zdravotních sester, 68% učitelek MŠ, ZŠ a 42% prodavaček pro možnost individuálního posouzení jednotlivých případů.

Právo ženy odpovědělo 40% prodavaček, 36% zdravotních sester a učitelek SZdŠ, 30% učitelek MŠ, ZŠ.

Právo dítěte zvolilo 18% prodavaček, shodně 2% učitelek MŠ, ZŠ a zdravotních sester a ani jedna učitelka ze SZdŠ.

19. Má veřejnost dostatek informací o prevenci nechtěného těhotenství?

Graf č. 19 Má veřejnost dostatek informací o prevenci nechtěného těhotenství?



Tabulka č.19 Má veřejnost dostatek informací o prevenci nechtěného těhotenství?

	Prodavačky		Učitelky MŠ, ZŠ		Zdravotní sestry		Učitelky SZdŠ	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Abs. počet	31	19	39	11	40	10	41	9
Celkem	50		50		50		50	
Relat. počet v %	62	38	78	22	80	20	82	18
Celkem v %	100		100		100		100	

Komentář: 82% učitelek SZdŠ, 80% zdravotních sester, 78% učitelek MŠ, ZŠ a 62% prodavaček si myslí, že veřejnost má dostatek informací o prevenci nechtěných těhotenství.

20. Kdo má nejvíce zajistit prevenci nechtěného těhotenství?

a, rodiče

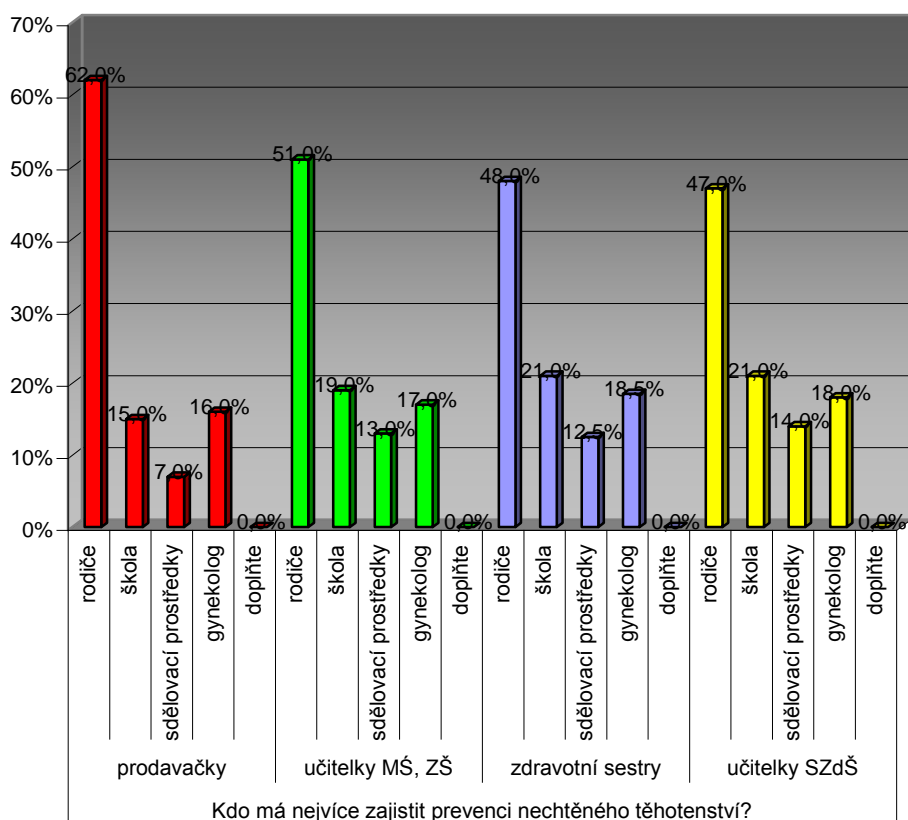
b, škola

c, sdělovací prostředky

d, gynekolog

e, (doplňte) _____

Graf č. 20 Kdo má nejvíce zajistit prevenci nechtěného těhotenství?



Tabulka č. 20a Odpovědi prodavaček kdo má nejvíce zajistit prevenci nechtěného těhotenství.

	rodiče	škola	sdělovací prostředky	gynekolog	doplňte
Abs. počet	42	10	5	11	0
Celkem	68				
Relat. počet v %	62	15	7	16	0
Celkem v %	100				

Komentář: Prodavačky uvedly, že nejvíce zajistit prevenci nechtěného těhotenství by měli rodiče 62%, dále 16% uvedlo gynekologa, 15% školu a 7% sdělovací prostředky.

Tabulka č. 20b Odpovědi učitelek MŠ, ZŠ kdo má nejvíce zajistit prevenci nechtěného těhotenství.

	rodiče	škola	sdělovací prostředky	gynekolog	doplňte
Abs. počet	48	18	12	16	0
Celkem	94				
Relat. počet v %	51	19	13	17	0
Celkem v %	100				

Komentář: Učitelky MŠ,ZŠ uvedly v nejvíce odpovědích rodiče 51%, dále pak školu 19%, 17% gynekologa a 13% sdělovací prostředky.

Tabulka č. 20c Odpovědi zdravotních sester kdo má nejvíce zajistit prevenci nechtěného těhotenství.

	rodiče	škola	sdělovací prostředky	gynekolog	doplňte
Abs. počet	46	20	12	18	0
Celkem	96				
Relat. počet v %	48	21	12,5	18,5	0
Celkem v %	100				

Komentář: Zdravotní sestry uvedly v 48% rodiče, v 18,5% gynekologa, v 21% školu a ve 12,5% sdělovací prostředky.

Tabulka č. 20d Odpovědi učitelek SZdŠ kdo má nejvíce zajistit prevenci nechtěného těhotenství.

	rodiče	škola	sdělovací prostředky	gynekolog	doplňte
Abs. počet	48	21	14	18	0
Celkem	101				
Relat. počet v %	47	21	14	18	0
Celkem v %	100				

Komentář: Odborné učitelky na SZdŠ uvedly také nejčastěji rodiče v 47%, v 21% školu, v 18% gynekologa a 14% označilo sdělovací prostředky.

2.5 Pilotní studie u mužů

2.5.1 Vzorek

Provedla jsem pilotní studii zaměřenou na muže. Oslovila jsem 100 náhodně vybraných mužů. Bez ohledu na věk a zaměstnání.

2.5.2 Použitá metoda

Dotazník pro muže je stejný jako u žen, tvoří ho 19 otázek. Z anamnestických otázek jsem vyřadila otázku zaměstnání, protože muže jsem oslovovala náhodně, na rozdíl od žen, které jsem podle zaměstnání porovnávala.

Vzhledem k tomu, že muže jsem oslovovala osobně návratnost byla 100%.

2.5.3 Výsledky pilotní studie

Věkové zastoupení oslovených respondentů. 7% mužů bylo ve věku 18 – 19 let, 38% ve věku 20 – 29 let, 26% ve věku 30 – 39 let, 15% ve věku 40 – 49 let, 11% ve věku 50 – 59 let, 3% ve věku nad 60 let.

Nejvíce oslovených respondentů mělo střední školu 60%, vyučených respondentů bylo 24%, 5% mělo vyšší odborné vzdělání, 10% mělo titul Ing a 1% Mgr.

Svobodných respondentů bylo 44%, ženatých 52% a rozvedených 4%.

Respondenti, kteří neměli ani jedno dítě, tvořili 43%, jedno dítě mělo 14% respondentů, 35% mělo dvě děti, 7% tři děti a 1% pět dětí.

Pojem interrupce správně vysvětlilo 97% oslovených mužů. Nejčastější odpovědi byly umělé přerušování těhotenství, umělé ukončení těhotenství nebo umělý potrat.

Pojem „potratová turistika“ měli respondenti také vysvětlit vlastními slovy. Správné odpovědi už byly u mnohem méně respondentů. 63% odpovědělo správně, že potratová turistika znamená vycestování za účelem potratu do země, kde je interrupce zákonem povolena.

Kdy podle Vás začíná lidský život? Na tuto velice subjektivní otázku muži nejčastěji uvedli v 49% ihned po splnutí vajíčka a spermie, ve 27% označili první znatelnou činnost

embrya na EKG, 22% zaškrtnulo narození dítěte a 2% mužů označilo začátkem života první pohyby, které matka cítí. Začátek života v době, kdy dítě začne samostatně myslet, nevedl žádný respondent.

V následujících konkrétních případech se měli respondenti vyjádřit, zda by byli pro povolení interrupce, či nikoliv.

S povolením interrupce u těhotenství vzniklým následkem znásilnění by souhlasilo 95% mužů, 5% ne.

86% mužů by povolilo interrupci v případě těhotenství následkem incestu, 14% bylo proti.

Interrupci v případech vysoké pravděpodobnosti poškození plodu by povolilo 95%, 5% by interrupci nepovolilo.

V případech ohrožení života matky by interrupci povolilo také 95% oslovených mužů, 5% bylo proti.

U dívky ve věku do 15 let by interrupci povolilo 70% mužů, 30% uvedlo ne.

V případech špatné ekonomické situace rodiny by interrupci povolilo už mnohem méně mužů 34%, 66% by ji nepovolilo

U žen, které by zůstaly svobodnými matkami, by interrupci povolilo 27% a 73% bylo proti.

U žen, které již mají děti a už další nechtějí, by 43% souhlasilo s interrupcí, 57% nikoli.

U žen cítících se nepřípravenými na výchovu dítěte. V těchto případech by souhlasilo s interrupcí 34% oslovených mužů, 66% nesouhlasilo.

Interrupci v žádném případě by nepovolil pouze jeden respondent tedy 1%, 99% bylo proti.

Alespoň jedno riziko spojené s podstoupením interrupce uvedlo správně 82% mužů. Nejčastěji uváděli neplodnost, méně často riziko infekce. Ani jednu komplikaci nevědělo 18% mužů.

V tomto sledu odpovědí měli respondenti vyjádřit vlastní postoj k nejčastějším tvrzením spojovaných s problematikou interrupcí.

Těhotná žena má právo podstoupit legální potrat, pokud si to z nějakého důvodu přeje. S tímto tvrzením souhlasilo 89% mužů, 11% nesouhlasilo.

Je humanističtější dítě donosit, a poté ho dát k adopci, než-li interrupce. S tímto tvrzením souhlasilo 81%, 19% s tím nesouhlasilo.

Interrupce je lepší než budoucí život nechtěného dítěte. Ano odpovědělo 35% dotazovaných mužů a ne 65%.

Nechtěné dítě = týrané dítě. S tímto tvrzením souhlasilo 9% respondentů, 91% s tím nesouhlasilo

Žena, která zákrok podstoupí, je společností považována za nemorální. S tímto tvrzením souhlasilo 8% mužů, 92% nesouhlasilo.

Zde mě překvapilo, že až 23% respondentů považuje interrupci za vraždu, 77% ne.

Zatím co s legalizovanou interrupcí v naší zemi souhlasilo 95% respondentů, 5% s tím nesouhlasilo. 18% mužů si myslí, že stát má právo přikazovat ženě podmínky interrupce, 82% si myslí, že stát by takové právo mít neměl. Podmínky v našem zákoně o umělé ukončení těhotenství by zpřísnilo 29% respondentů, 71% s nimi souhlasí.

77% mužů se domnívá, že výkon interrupce by měl být hrazen žadatelkou, pokud není prováděn ze zdravotní indikace, 23% mužů si myslí, že výkon by žadatelka platit neměla.

Ano žena má právo se sama rozhodnout o osudu svého těhotenství, takto odpovědělo 53% respondentů, proti bylo 47%. Zde jsem předpokládala, že muži budou více usilovat o to, aby i oni měli možnost se rozhodnout společně s partnerkou.

Nejvíce nadřazené je právo ženy, tedy právo matky rozhodnout o svém těle uvedlo 32%, právo dítěte žít 5% a 63% uvedlo individuální posouzení jednotlivých případů.

Ano veřejnost má dostatek informací o prevenci nechtěných těhotenství, uvedla mírná nadpoloviční většina respondentů tedy 57%, 43% si myslí, že informace o prevenci jsou nedostačující. Prevenci mají nejvíce zajistit rodiče, uvedlo 44% respondentů, 22% odpovědělo školu, 18% gynekologa a 16% sdělovací prostředky. Možnost doplnit další odpověď nevyužil žádný respondent.

2.6 Diskuse

Cíl a) Zjistit, kolik respondentů zná pojem interrupce a potratová turistika.

Smyslem tohoto zjištění je, zda respondenti vůbec znají tuto problematiku. Zjištění bylo prováděno na otevřených otázkách číslo (dále jen č.) 6,7 u dotazníku pro ženy, u dotazníku pro muže otázky č. 5,6. Respondenti měli možnost vysvětlit vlastními slovy pojmy interrupce a potratová turistika vepsáním do ponechaného místa.

Z výsledků šetření tedy vyplývá, že pojem interrupce zná 98% oslovených odborných učitelek na SZdŠ, 98% zdravotních sester, 98% učitelek MŠ, ZŠ a 88% prodavaček. U mužů znalo tento pojem 97%, jak vyplývá z výsledků pilotní studie. Nejčastěji uváděné odpovědi byly umělé přerušování těhotenství, umělé ukončení těhotenství, umělý potrat. Z výsledků je zřejmé, že ani zdravotničtí pracovníci ve 100% nedokázali vysvětlit tento pojem.

Pojem „potratová turistika“. Na tuto otevřenou otázku odpovědělo správně již mnohem méně respondentů. Nejvíce 78% učitelek SZdŠ odpovědělo správně, že potratová turistika je vycestování do cizí země za účelem provedení potratu. V těchto zemích je interrupce povolena zákonem. Správnou odpověď uvedlo také 70% zdravotních sester a stejně 66% učitelek MŠ, ZŠ a prodavaček. Muži znali tento pojem v 63%. Neznalost tohoto pojmu především z řad laiků, ale ani u zdravotníků nebyla příliš vysoká, vyplývá pravděpodobně z toho, že v naší zemi je interrupce povolena zákonem. Ženy v České republice tedy nemusí tuto situaci řešit cestováním do zahraničí.

Cíl b) Zjistit osobní postoje k počátku lidského života, k interrupci pojaté jako vražda a k nejčastějším tvrzením souvisejícím s touto problematikou.

V dotazníku pro ženy otázka č. 8, pro muže č. 7, zjišťovala, kdy respondenti vnímají začátek lidského života. Na tuto velice subjektivní otázku nejčastěji respondenti označovali začátek života jako splynutí vajíčka a spermie v 78% prodavačky, 76% učitelky MŠ, ZŠ, 66% učitelky SZdŠ a 56% zdravotní sestry. Muži takto odpověděli ve 49%.

Znatelnou srdeční činnost embrya uvedlo 24% učitelek SZdŠ, 24% zdravotních sester, 10% učitelek MŠ, ZŠ a 8% prodavaček. Muži tuto možnost uvedli v 27%.

Začátek života od prvních pohybů plodu, které matka pociťuje, označilo 6% zdravotních sester, 4% učitelek MŠ, ZŠ, 2% učitelek SZdŠ a 0% prodavaček. Muži tuto možnost označili ve 2%.

Začátek života narozením dítěte označily shodně zdravotní sestry a prodavačky ve 14%, učitelky MŠ, ZŠ 10% a učitelky SZdŠ 8%. Tuto možnost zaškrtnulo 22% mužů.

Ani jedna z respondentek ani jeden muž neuvedli začátek života v době, kdy dítě začne samostatně myslet.

Velice mě překvapilo, že až 26% prodavaček, 18% učitelek MŠ, ZŠ, 16% učitelek SZdŠ a 12% zdravotních sester považuje interrupci za vraždu. Stejný názor mělo i 23% mužů. Tento postoj zjišťovala v dotazníku pro ženy otázka č. 12, v dotazníku pro muže otázka č. 11.

Interrupce vyvolává řadu etických, morálních, náboženských, filozofických otázek. Můžeme se tedy setkat s různými tvrzeními doprovázejícími tuto problematiku. Chtěla jsem u respondentů, aby zaujali vlastní postoj alespoň k těmto nejznámějším. Tyto postoje zjišťovala otázka č. 11 (dotazník pro ženy) a otázka č. 10 (dotazník pro muže).

Těhotná žena má právo podstoupit legální potrat, pokud si to z nějakého důvodu přeje. S tímto tvrzením souhlasilo 94% zdravotních sester, 92% učitelek SZdŠ, 90% učitelek MŠ, ZŠ, 88% prodavaček a 89% mužů.

Přednost adopci před interrupcí by dalo 82% prodavaček, 70% zdravotních sester, 62% učitelek MŠ, ZŠ a 64% učitelek SZdŠ. Adopci za humanističtější, než je interrupce, považuje také 81% mužů.

Interrupce jako lepší řešení než budoucí život nechtěného dítěte takto to vidí shodně v 62% učitelek SZdŠ a MŠ, ZŠ, 56% zdravotních sester, 38% prodavaček a 35% dotázaných mužů.

Nechtěné děti se následně stávají týranými, s tímto tvrzením souhlasilo 24% prodavaček, stejně 24% učitelek MŠ, ZŠ, 12% zdravotních sester, 8% učitelek SZdŠ a 9% mužů.

Za nemorální by označilo ženy po interrupci 12% prodavaček, 4% učitelek SZdŠ a žádná z učitelek MŠ, ZŠ a ani jedna zdravotní sestra. Muži takto ženy označili v 8%.

Cíl c) Zjistit, v jakých případech by respondenti byli pro vyslovení souhlasu či nesouhlasu s interrupcí.

Tento cíl zjišťovala otázka č. 9 (dotazník pro ženy) a otázka č. 8 (dotazník pro muže).

Souhlas s ukončením těhotenství vzniklé následkem znásilnění uvedla převážná většina respondentů 100% učitelek SZdŠ, 96% zdravotních sester, 94% učitelek MŠ, ZŠ, 88 % prodavaček a 95% oslovených mužů. Výsledky se výrazně neliší u laiků a u zdravotnických pracovníků.

Ukončení těhotenství vzniklého po incestu, zde by interrupci povolilo 98% učitelek SZdŠ, stejně 94% zdravotních sester a učitelek MŠ, ZŠ a 86% prodavaček. V těchto případech by interrupci povolilo i 86% mužů. Zde zdravotníci o něco častěji povolovali interrupci než laici.

Při vysoké pravděpodobnosti poškození plodu by umělé ukončení těhotenství povolilo 100% učitelek SZdŠ, 98% zdravotních sester, prodavačky a učitelky MŠ, ZŠ odpověděly

stejně v 86%. Muži souhlasili v 95%. Zde také můžeme vidět jako v předešlé situaci shodné odpovědi prodavaček a učitelek MŠ, ZŠ.

Těhotenství, které ohrožuje život matky, by povolilo ukončit 98% učitelek SZdŠ, 98% zdravotních sester, 98% učitelek MŠ, ZŠ a 88% prodavaček. Muži uvedli souhlas v 95%.

Interrupci u dívek, které otěhotněly ve věku do 15 let, by povolilo 92% učitelek SZdŠ, 76% zdravotních sester, 74% učitelek MŠ, ZŠ a 60% prodavaček. V těchto případech by interrupci povolilo i 70 % mužů.

V případech špatné ekonomické situace rodiny by interrupci povolilo již mnohem méně respondentů především z řad laiků. S interrupcí v těchto případech souhlasilo 64% učitelek SZdŠ, 42% zdravotních sester, 38% učitelek MŠ, ZŠ, 20% prodavaček a 34% mužů.

Povolit interrupci v případech žen, které by zůstaly svobodnými matkami takto odpovědělo 52% učitelek SZdŠ, 32% zdravotních sester, 22% učitelek MŠ, ZŠ, 10% prodavaček a 27% mužů. Svobodná matka nemusí být špatná matka, takto asi uvažovala většina respondentů, proto byli kromě učitelek SZdŠ spíše proti interrupci v těchto případech.

Interrupci u žen, které již mají děti a už další nechtějí, by souhlasilo s ukončením 78% učitelek SZdŠ, 56% prodavaček, 54% zdravotních sester, 54% učitelek MŠ, ZŠ. V těchto případech souhlasilo 43% mužů.

U žen, které se cítí nepřipravené na výchovu dítěte, by interrupci povolilo 62% učitelek SZdŠ, 46% učitelek MŠ, ZŠ, 40% zdravotních sester a poměrně málo 18% prodavaček. Muži souhlasili ve 34%.

Ve všech případech proti interrupci bylo 10% prodavaček, 2% učitelek MŠ, ZŠ. Zásadně proti interrupci nebyla ani jedna ze zdravotních sester a učitelek SZdŠ. Neomezeně proti interrupci bylo 1% mužů. K této odpovědi mohlo respondenty vést také náboženské vyznání, které má určitě úzký vztah k tématu. Tímto problémem by se mohla zabývat jiná výzkumná práce.

Cíl d) Zjistit, kolik respondentů zná alespoň jedno riziko spojené s podstoupením interrupce.

Tento cíl zjišťuje otázka č. 10 u žen a otázka č.9 u mužů.

Alespoň jedno riziko spojené s interrupcí znalo 100% zdravotních sester, 100% učitelek MŠ, ZŠ, 98% učitelek SZdŠ a 88% prodavaček. Nejčastěji uváděná odpověď byla neplodnost. V jednom případě se objevily infekční komplikace a ve dvou případech možné krvácení. To, že respondenty uváděly převážně neplodnost, pramení pravděpodobně z toho, že většina žen se této komplikace obává. Muži znali alespoň jedno riziko v 82%.

Cíl e) Zjistit názor týkající se informovanosti veřejnosti o prevenci umělého ukončení těhotenství a kdo by se měl na prevenci nejvíce podílet.

Na prevenci byly zaměřeny otázky č. 19,20 u žen a 18,19 u mužů.

Poměrně dost respondentů si myslí, že veřejnost je dostatečně informována o prevenci nechtěných těhotenství. Uvedlo tak 82% učitelek SZdŠ, 80% zdravotních sester, 78% učitelek MŠ, ZŠ a 62% prodavaček. U mužů si to myslelo 57%.

Všechny oslovené skupiny se shodly na tom, že prevenci mají nejvíce zajistit rodiče. Nejvíce si to myslely prodavačky v 62%, v 51% učitelky MŠ, ZŠ, ve 48% zdravotní sestry a ve 47% učitelky SZdŠ. Muži odpověděli rodiče v 44%.

Školu uvedlo 21% učitelek SZdŠ, 21% zdravotních sester, 19% učitelek MŠ, ZŠ a 15% prodavaček. Muži uvedli ve 22%.

Sdělovací prostředky označilo 14% učitelek SZdŠ, 13% učitelek MŠ, ZŠ, 12,5% zdravotních sester a 7% prodavaček. 16% mužů.

Gynekologa uvedlo 18,5% zdravotních sester, 18% učitelek SZdŠ, 17% učitelek MŠ, ZŠ a 16% prodavaček. Muži 18%.

Ponechanou možnost doplnit další odpovědi nevyužila ani jedna z respondentek a ani jeden muž.

Cíl f) Zjistit, zda jsou respondenti pro zpřísnění zákona o umělém přerušení těhotenství.

Tyto údaje zjišťovala otázka č. 15 u žen a 14 u mužů.

S naším současným zákonem o umělém přerušení těhotenství je spokojeno 100% učitelek SZdŠ, 88% zdravotních sester, 88% učitelek MŠ, ZŠ a 82% prodavaček. Spokojeno je i 71% mužů a nevyžaduje zpřísnění zákona.

Z tohoto zjištění vyplývá, že většina respondentů je spokojena s naším současným zákonem č. 66/1986 Sb. a nevyžadují zpřísnění zákona.

ZÁVĚR

Záměrem teoretické části bylo objasnit základní pojmy související s problematikou interrupcí. Poukázat na historii interrupcí. Přiblížit legislativní vývoj u nás i ve světě. Ukázat dva odlišné tábory, kdy jeden prosazuje právo pro život nenarozeného dítěte a druhý právo pro volbu matky. Chtěla jsem poukázat na odlišné postoje týkající se začátku lidského života. Ve stručnosti jsem nastínila nitroděložní vývoj plodu. V závěru teoretické části jsem se zaměřila na prevenci a jiné možnosti, než je podstoupení interrupce. Teoretickou část jsem zakončila vlastním návrhem standardního ošetrovatelského postupu u ženy po umělém ukončení těhotenství.

Vzhledem k tomu, že již při rozdávání dotazníků jsem se setkala s velkým zájmem o tuto problematiku a o výsledky mé studie z řad respondentů, snažila jsem se teoretickou část zpracovat tak, aby byla srozumitelná jak laikům, tak zdravotníkům.

V empirické části jsem zjišťovala postoje k interrupci u prodavaček, učitelek mateřských a základních škol (zastánkyně laické veřejnosti), u zdravotních sester a odborných učitelek na středních a vyšších zdravotnických školách (zastánkyně zdravotnických pracovníků). Všechny oslovené respondentky byly ve fertilním věku. Na začátku jsem si stanovila věkové rozmezí 18 – 45 let. Dotazníky jsem zpracovala u 200 respondentek. Dalším cílem mé bakalářské práce bylo provést pilotní studii zjišťující postoj mužů k interrupci.

Cíle empirické části jsem zaměřila jednak na to, jak jsou respondenti informováni o pojmu interrupce a potratová turistika. Dále jsem zjišťovala osobní postoje, kdy podle respondentů začíná lidský život. Zda respondenti považují interrupci za vraždu a jaký mají názor na nejčastější tvrzení spojované s pojmem interrupce. Zde mě překvapilo, že až 26% prodavaček, 18% učitelek MŠ, ZŠ, 16% učitelek SZdŠ, 12% zdravotních sester a 23% mužů považuje interrupci za vraždu. Za počátek lidského života považovali nejčastěji všechny oslovené skupiny splynutí vajíčka a spermie.

Dalším cílem bylo zjistit, v kterých případech by respondenti interrupci povolili a kdy by ji naopak nepovolili. Respondenti spíše povolovali interrupci v případech znásilnění, incestu, vysoké pravděpodobnosti poškození plodu, v případech ohrožení života matky. Méně často pak v případech špatné ekonomické situace rodiny, u žen, které by zůstaly svobodnými matkami, u žen, které mají děti a už další nechtějí, u žen cítících se nepřipravenými na výchovu dítěte. Ve všech případech proti interrupci bylo 10% prodavaček, 2% učitelek MŠ, ZŠ a 1% mužů. Ani jedna ze zdravotních sester a učitelek SZdŠ.

Dále jsem zjišťovala, kolik respondentů zná alespoň jedno riziko spojené s podstoupením interrupce. Zde byla informovanost vysoká u všech oslovených skupin přes 80%. Nejčastěji respondenti uváděli neplodnost.

Další cíl byl zaměřený na prevenci nechtěných těhotenství. 82% učitelek SZdŠ, 80% zdravotních sester, 78% učitelek MŠ, ZŠ, 62% prodavaček a 57% mužů si myslí, že veřejnost je dostatečně informována o prevenci nechtěných těhotenství. Všechny oslovené skupiny se shodly na tom, že prevenci mají nejvíce zajistit rodiče.

A posledním cílem bylo zjistit, zda respondenti souhlasí se současným naším zákonem o umělém ukončení těhotenství a zda požadují zprísňení zákona. Se současným zákonem souhlasilo 100% učitelek SZdŠ, 88% zdravotních sester, 88% učitelek MŠ, ZŠ, 82% prodavaček a 71% mužů.

V úplném závěru své práce bych chtěla uvést důvod zabývání se tímto tématem. Myslím si, že potraty jsou stále ještě velkým světovým problémem. A to hlavně potraty nelegální. Odhaduje se, že každý rok se ve světě provede 20 milionů nelegálních potratů a v důsledku toho zemře asi 78 tisíc žen. Toto číslo představuje 13% z celkového počtu mateřských úmrtí za rok. V celosvětovém průměru připadají 4 případy úmrtí na 1000 nelegálně provedených potratů. Riziko úmrtí po nelegálně provedeném potratu je přitom 700krát vyšší než po potratu provedeném legálně. (Karhan, Kovář, 2004) V naší zemi jsou potraty povoleny na vlastní žádost do 12 týdne těhotenství. Je nutné zabránit tomu, aby interrupce nebyla brána jako jedna z forem antikoncepce, ale jako poslední možné řešení. Zakázání interrupcí by podle mého názoru nevedlo ke snížení počtu umělých potratů, ale k posunu interrupcí do ilegality, k zvýšení ceny na černém trhu a k potratové turistice.

Pro pokračování této práce by bylo také zajímavé nastínit například postoje jednotlivých respondentů podle náboženského vyznání a názory jednotlivých církví na tuto problematiku.

ANOTACE

Autor: Martina Zítková
Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství
Název práce: Postoje laiků a zdravotnických pracovníků k interrupci
Vedoucí práce: Mgr. Regina Slowik
Počet stran: 93
Počet příloh: 5
Rok obhajoby: 2007
Klíčová slova: potrat, umělé ukončení těhotenství, postoj, prodavačky, učitelky mateřských a základních škol, zdravotní sestry, odborné učitelky na středních zdravotnických školách

Bakalářská práce pojednává o postojích laiků a zdravotnických pracovníků k interrupci. Poukazuje na základní pojmy související s touto problematikou, na historický a legislativní vývoj. Dále přibližuje základní konflikt odlišných postojů k interrupci, ukazuje na metody a rizika interrupčních zákroků a samozřejmě klade důraz na prevenci.

Zkoumaný vzorek tvoří prodavačky, učitelky mateřských a základních škol, zdravotní sestry a odborné učitelky na středních zdravotnických školách.

Dále tato práce obsahuje pilotní studii zjišťující postoj mužů k interrupci.

My desertation work focuses on a problem of laymen and medical workers's attitude towards the interruption. It deals with basic problems connected with this topic and its historical and legislative development. It also works with a basic problem of different attitudes towards the interruption, it shows methods and risks of interruption and also emphasises the prevention.

The tested objects are shop assistants, nursery teachers, nurses and teachers from secondary schools for nurses.

In this work you can also read about the men's attitude towards the interruption.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

1. BARTÁK, A. *Anti – koncepce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 130s. ISBN 80-247-1351-9
2. BRIND, J. *The abortion – breast cancer connection*. The American Feminist. Washington, 1998, roč.5, č.1, s.17
3. CICHÁ, M., GOLDMANN, R. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1 vyd. Olomouc: Vyd. Univerzita Palackého, 2004. 123s. ISBN 80-244-0907-0
4. CLARK, M. M., DOHERTY, C. M. *Léčba neplodnosti*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2006. 121s. ISBN 80-251-0771-X
5. CZOPIKOVÁ, J. *Interrupce ano či ne*. Absolventská práce obhájená na Vyšší zdravotnické škole v Havlíčkově Brodě v r. 2006. 81s. Depen in: Knihovna Střední a Vyšší zdravotnické školy v Havlíčkově Brodě
6. ČERNÝ, M., SCHELLEOVÁ, I. *Právní úprava umělého přerušení těhotenství*. 1. vyd. Praha: Epolex Bohemia, 2003. 56 s. ISBN 80-86432-60-2
7. HAMBERGER, L., NILLSON, L. *Tajemství lidského života*. 1. vyd. Praha: Svojtka, 2003. 205s. ISBN 80-7237-768-X
8. HARRISON, W. *The University of Chicago takes on obstacles for pregnant and parenting students*. The American Feminist. Washington, 1998, roč. 5, č.1, s.3
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vyd. Praha: Galén, 2002. 269s. ISBN 80-7262-132-7
10. HESS, L. *K čemu slouží babyboxy*. [online]. [cit. 2006-12-02]. Dostupné na WWW<<http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=5222>

11. HUSKOVÁ, J., JUŘENÍKOVÁ, P., PETROVÁ, V. *Ošetrovatelství pro III. ročník středních zdravotnických škol – vnitřní lékařství, gynekologie, porodnictví, urologie 1.část*, 1.vyd. Uherské Hradiště: L. V. Print, 1998. 128 – 130 s.
12. JIRÁSEK, J.E., KOBILKOVÁ, J., MARTAN, A., MAŠATA, J., ŽITNÝ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 368s. ISBN 80-7262-315-X
13. KARHAN, J., KOVÁŘ, P. *Stav a vývoj zákonodárství umělého přerušení těhotenství ve světě a u nás*. Praktický lékař. 2004, roč.84, č. 7, s.403-406
14. KINIORSKI, K. *The aftermath of abortion*. The American Feminist. Washington, 1998, roč.5, č.1, s.6
15. KUSHNEROVÁ, T., THOMASMA, D. *Etické problémy v lékařství*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta 5970. publikace, 2000. 392 s.
16. PEKÁRKOVÁ, M., PRIMUSOVÁ, H., SALAJKA, M., UZEL,R. *Potrat ano – ne aneb na pokraji života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 1 – 6 s. ISBN 80-7169-922-5
17. RÁKOS, M. *Průběh utajených – diskrétních porodů v DD v Aši*. [online]. [cit. 2006-12-02]. Dostupné na WWW<<http://www.webpark.cz/dd-as/>>.
18. REARDONA, D. C. *Psychologická rizika potratu*. [online]. s. 113. [cit. 2006-12-02]. Dostupné na WWW<<http://prolife.cz/potrat/index.html?id=113>>.
19. REARDONA, D. C. *Tělesná rizika potratu*. [online]. s. 19. [cit. 2006-12-02]. Dostupné na WWW<<http://prolife.cz/potrat/index.html?id=19>>.
20. ROTTER,H. *Důstojnost lidského života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999. 52-58 s. ISBN 80-7027302-7

21. UZEL,R. *Jak neotěhotnět*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1992. 110s. ISBN 80-85526-15-8

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 Průměrný věk respondentek, str. 40
- Graf č. 2 Vzdělání respondentek, str. 41
- Graf č. 3 Zaměstnání respondentek, str. 42
- Graf č. 4 Rodinný stav respondentek, str. 43
- Graf č. 5 Počet dětí u respondentek, str. 44
- Graf č. 6 Co znamená pojem interrupce?, str. 45
- Graf č. 7 Co rozumíte pod pojmem potratová turistika?, str. 46
- Graf č. 8 Kdy začíná lidský život?, str. 47
- Graf č. 9a Těhotenství následkem znásilnění, str. 48
- Graf č. 9b Těhotenství následkem incestu, str. 49
- Graf č. 9c Vysoká pravděpodobnost poškození plodu, str. 50
- Graf č. 9d Ohrožení života matky, str. 51
- Graf č. 9e U dívky ve věku do 15 let, str. 52
- Graf č. 9f Špatná ekonomická situace rodiny, str. 53
- Graf č. 9g Žena, která by byla svobodnou matkou, str. 54
- Graf č. 9h Žena, která již má děti a už další nechce, str. 55
- Graf č. 9i Žena cítící se nepřipravena na výchovu dítěte, str. 56
- Graf č. 9j Ve všech případech proti interrupci, str. 57
- Graf č. 10 Znalost rizik interrupce, str. 58
- Graf č. 11a Těhotná žena má právo podstoupit legální potrat, pokud si to z nějakého důvodu přeje, str. 59
- Graf č. 11b Je humanističtější dítě donosit a poté ho dát k adopci, str. 60
- Graf č. 11c Interrupce je lepší než budoucí život nechtěného dítěte, str. 61
- Graf č. 11d Nechtěné dítě = týrané dítě, str. 62
- Graf č. 11e Žena, která zákrok podstoupí, je společností považována za nemorální, str. 63
- Graf č. 12 Je interrupce vražda?, str. 64
- Graf č. 13 Souhlasíte, že je v naší zemi interrupce legalizovaná?, str. 65
- Graf č. 14 Má stát právo přikazovat ženě podmínky interrupce?, str. 66
- Graf č. 15 Měly by se zpřísnit podmínky v zákoně, který interrupci povoluje?, str. 67
- Graf č. 16 Měl by být výkon hrazen žadatelkou?, str. 68
- Graf č. 17 Má žena právo (bez partnera) rozhodnout o tomto zákroku?, str. 69
- Graf č. 18 Co je nadřazenější?, str. 70
- Graf č. 19 Má veřejnost dostatek informací o prevenci nechtěného těhotenství?, str. 71

Graf č. 20 Kdo má nejvíce zajistit prevenci nechtěného těhotenství?, str. 72

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1 Průměrný věk respondentek, str. 40
- Tabulka č. 2a Vzdělání u prodavaček a učitelek MŠ, ZŠ, str. 41
- Tabulka č. 2b Vzdělání u zdravotních sester a učitelek SZdŠ, str. 41
- Tabulka č. 3 Zaměstnání respondentek, str. 42
- Tabulka č. 4 Rodinný stav respondentek, str. 43
- Tabulka č. 5 Počet dětí u respondentek, str. 44
- Tabulka č. 6 Co znamená pojem interrupce?, str. 45
- Tabulka č. 7 Co rozumíte pod pojmem potratová turistika?, str. 46
- Tabulka č. 8 Kdy začíná lidský život?, str. 47
- Tabulka č. 9a Těhotenství následkem znásilnění, str. 48
- Tabulka č. 9b Těhotenství následkem incestu, str. 49
- Tabulka č. 9c Vysoká pravděpodobnost poškození plodu, str. 50
- Tabulka č. 9d Ohrožení života matky, str. 51
- Tabulka č. 9e U dívky ve věku do 15 let, str. 52
- Tabulka č. 9f Špatná ekonomická situace rodiny, str. 53
- Tabulka č. 9g Žena, která by byla svobodnou matkou, str. 54
- Tabulka č. 9h Žena, která již má děti a už další nechce, str. 55
- Tabulka č. 9i Žena cítící se nepřipravena na výchovu dítěte, str. 56
- Tabulka č. 9j Ve všech případech proti interrupci, str. 57
- Tabulka č. 10 Znalost rizik interrupce, str. 58
- Tabulka č. 11a Těhotná žena má právo podstoupit legální potrat, pokud si to z nějakého důvodu přeje, str. 59
- Tabulka č. 11b Je humanističtější dítě donosit a poté ho dát k adopci, str. 60
- Tabulka č. 11c Interrupce je lepší než budoucí život nechtěného dítěte, str. 61
- Tabulka č. 11d Nechtěné dítě = týrané dítě, str. 62
- Tabulka č. 11e Žena, která zákrok podstoupí, je společností považována za nemorální, str. 63
- Tabulka č. 12 Je interrupce vražda?, str. 64
- Tabulka č. 13 Souhlasíte, že je v naší zemi interrupce legalizovaná?, str. 65
- Tabulka č. 14 Má stát právo přikazovat ženě podmínky interrupce?, str. 66
- Tabulka č. 15 Měly by se zpřísnit podmínky v zákoně, který interrupci povoluje?, str. 67
- Tabulka č. 16 Měl by být výkon hrazen žadatelkou?, str. 68
- Tabulka č. 17 Má žena právo (bez partnera) rozhodnout o tomto zákroku?, str. 69
- Tabulka č. 18 Co je nadřazenější?, str. 70

Tabulka č. 19 Má veřejnost dostatek informací o prevenci nechtěného těhotenství?, str. 71

Tabulka č. 20a Odpovědi prodavaček na otázku kdo má nejvíce zajistit prevenci nechtěného těhotenství, str. 72

Tabulka č. 20b Odpovědi učitelek MŠ, ZŠ na otázku kdo má nejvíce zajistit prevenci nechtěného těhotenství, str. 73

Tabulka č. 20c Odpovědi zdravotních sester na otázku kdo má nejvíce zajistit prevenci nechtěného těhotenství, str. 73

Tabulka č. 20d Odpovědi učitelek SZdŠ na otázku kdo má nejvíce zajistit prevenci nechtěného těhotenství, str. 74

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č.1: Embryo ve 4. týdnu, str. 23

Obrázek č. 2: Embryo v 5. – 6. týdnu, str. 23

Obrázek č. 3: Embryo v 8. týdnu, str. 24

Obrázek č. 4: Plod ve 4. měsíci, str. 25

Obrázek č. 5: Plod v 7. měsíci, str. 25

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník pro ženy

Příloha č. 2: Dotazník pro muže

Příloha č. 3: Deklarace práv nenarozeného dítěte

Příloha č. 4: Odsátí a potratová kyretáž

Příloha č. 5: Rozšíření a potratové vyprázdnění